



Health Canada

Performance Report

For the period ending
March 31, 2000

Canada

Improved Reporting to Parliament Pilot Document

The Estimates of the Government of Canada are structured in several parts. Beginning with an overview of total government spending in Part I, the documents become increasingly more specific. Part II outlines spending according to departments, agencies and programs and contains the proposed wording of the conditions governing spending which Parliament will be asked to approve.

The *Report on Plans and Priorities* provides additional detail on each department and its programs primarily in terms of more strategically oriented planning and results information with a focus on outcomes.

The *Departmental Performance Report* provides a focus on results-based accountability by reporting on accomplishments achieved against the performance expectations and results commitments as set out in the spring *Report on Plans and Priorities*.

©Minister of Public Works and Government Services Canada — 2000

Available in Canada through your local bookseller or by mail from

Canadian Government Publishing — PWGSC

Ottawa, Canada K1A 0S9

Catalogue No. BT31-4/42-2000
ISBN 0-660-61413-8



Foreword

On April 24, 1997, the House of Commons passed a motion dividing on a pilot basis the *Part III of the Estimates* document for each department or agency into two separate documents: a *Report on Plans and Priorities* tabled in the spring and a *Departmental Performance Report* tabled in the fall.

This initiative is intended to fulfil the government's commitments to improve the expenditure management information provided to Parliament. This involves sharpening the focus on results, increasing the transparency of information and modernizing its preparation.

The Fall Performance Package is comprised of 83 Departmental Performance Reports and the President's annual report, *Managing for Results 2000*.

This *Departmental Performance Report*, covering the period ending March 31, 2000 provides a focus on results-based accountability by reporting on accomplishments achieved against the performance expectations and results commitments as set out in the department's *Report on Plans and Priorities* for 1999-00 tabled in Parliament in the spring of 1999.

Results-based management emphasizes specifying expected program results, developing meaningful indicators to demonstrate performance, perfecting the capacity to generate information and reporting on achievements in a balanced manner. Accounting and managing for results involve sustained work across government.

The government continues to refine its management systems and performance framework. The refinement comes from acquired experience as users make their information needs more precisely known. The performance reports and their use will continue to be monitored to make sure that they respond to Parliament's ongoing and evolving needs.

This report is accessible electronically from the Treasury Board Secretariat Internet site:
<http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr/dpre.asp>

Comments or questions can be directed to the TBS Internet site or to:

Planning, Performance and Reporting Sector
Treasury Board Secretariat
L'Esplanade Laurier
Ottawa, Ontario, Canada
K1A 0R5
Tel: (613) 957-7167
Fax (613) 957-7044





HEALTH CANADA

Departmental Performance Report

For the period ending
March 31, 2000

Allan Rock
Minister of Health

This Report

Health Canada is proud to present to Parliament and to all of Canada this report on its performance for the fiscal year ending March 31, 2000.

This document is an overview of how Health Canada has used tax dollars to benefit all Canadians. The Department is large and complex and to report on every achievement in every program would take much more space than we have here.

So we will look at those accomplishments that we feel are of interest to Parliament and the public.

Health Canada's programs are managed by six Business Lines as follows:

- Management of Risks to Health
- Promotion of Population Health
- Aboriginal Health
- Health System Support and Renewal
- Health Policy, Planning and Information
- Corporate Services

Every effort has been made to make this report as clear and concise as possible. If you have further questions or want more detailed information on a particular program or service, please contact:

Health Canada
General Enquiries
0913A, 13th Floor, Brooke Claxton Building
Ottawa, Ontario K1A 0K9
(613) 957-2991

Web site: < <http://www.hc-sc.gc.ca/english/feedback.htm#general>
General Enquiries >



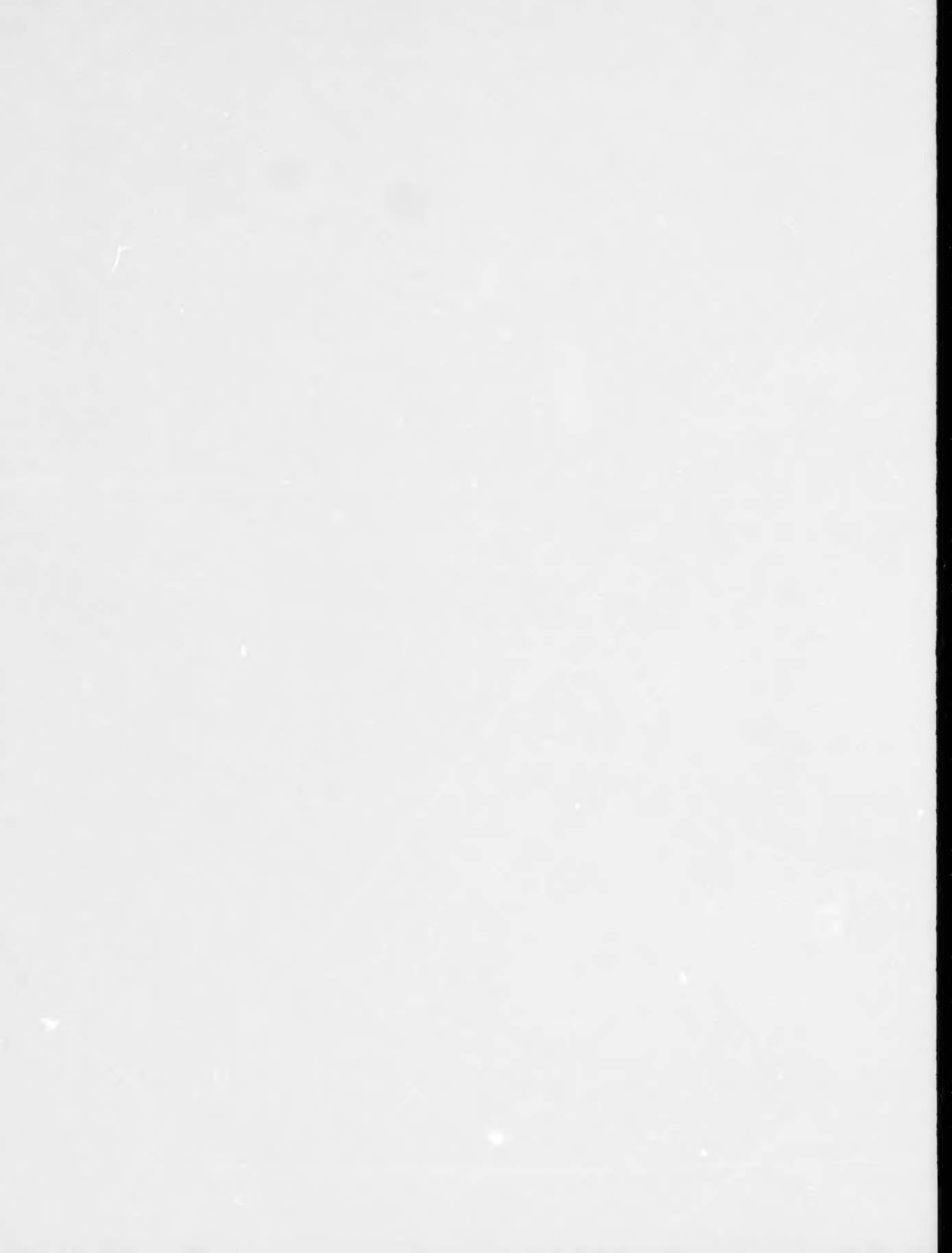
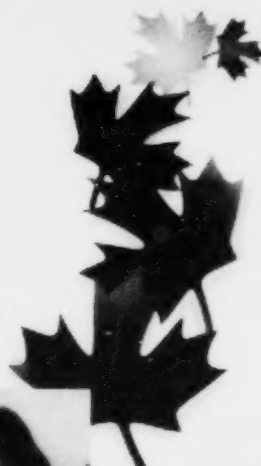


Table of Contents

SECTION I:	
MESSAGES	11
Minister's Message	11
Executive Summary	13
Realignment	17
SECTION II:	
DEPARTMENTAL OVERVIEW	19
Mandate	19
Societal Context	20
Business Line Descriptions	23
Business Line Relationship to Organizational Structure 1999-2000 ...	25
SECTION III:	
DEPARTMENTAL PERFORMANCE	27
A: Chart of Key Results Commitments	27
B: Accountability	30
C: Performance Accomplishments	33
Business Line 1: Management of Risks to Health	33
Service Line A: Food Safety, Quality and Nutrition	36
Service Line B: Therapeutic Product Regulation	39
Service Line C: Environmental Health	42
Service Line D: Disease Prevention and Control	45
Service Line E: Occupational Health and Safety Agency	48
Service Line F: Emergency Services	50
Service Line G: Pest Management Regulation	51
Service Line H: Canadian Blood Secretariat	54
Business Line 2: Promotion of Population Health	56
Business Line 3: Aboriginal Health	62
Business Line 4: Health System Support and Renewal	67
Business Line 5: Health Policy, Planning and Information	70
Business Line 6: Corporate Services	75

SECTION IV:	
CONSOLIDATED REPORTING	79
Modernizing Comptrollership	79
Matériel Management	81
Sustainable Development	82
Regulatory Initiatives	86
SECTION V:	
FINANCIAL PERFORMANCE	91
Financial Performance Overview	91
Financial Summary Tables	92
Table 1: Summary of Voted Appropriations for 1999-2000	92
Table 2: Comparison of Total Planned to Actual Spending	93
Table 3: Historical Comparison of Total Planned Spending to Actual Spending	94
Table 4: Resource Requirements by Organization and Business Line	95
Table 5: Respendable Revenues	96
Table 6: Non-Respendable Revenues	97
Table 7: Statutory Payments	98
Table 8: Transfer Payments	99
Table 9: Capital Spending	100
Table 10: Contingent Liabilities	101
SECTION VI:	
OTHER INFORMATION	103
Departmental Contacts	103
References	105
Listing of Statutes and Regulations	106
Index	108

Annex A: *Measuring Health in Canada - more results relating to Health Status of Canadians* is available at < <http://www.hc-sc.gc.ca/estimates/> >. For a copy of this Annex, please call (613) 954-5995.



SECTION I: MESSAGES



Minister's Message

Health is a fundamental Government of Canada priority – because Canadians know that a high standard of health is linked to a high quality of life.

To achieve that priority, our government's objectives are clear: to promote and protect the health of Canadians, and to work with the provinces and territories to ensure that every one of us enjoys timely access to quality health care. Health Canada is the focal point for fulfilling these objectives, and as shown by this Departmental Performance Report, 1999-2000 was a year for many important accomplishments.

The government recognized that Canadians were concerned about maintaining a modern health care system that would continue to reflect the principles set out in the Canada Health Act. Accordingly, in Budget 1999 the Government of Canada made its single largest investment by committing an additional \$11.5 billion to the Canada Health and Social Transfer (CHST). Also, the Innovations Fund was established, allowing us to work with the provinces, territories, and other partners to address important challenges in the health system, for example, the needs of rural Canada, or the escalating costs of prescription drugs.

At the same time, we knew that more could and should be done to bring innovation and renewal to a health care system that Canadians strongly support. During the year, I met on many occasions with my provincial and territorial counterparts to discuss key issues and identify shared priorities. The September 11, 2000 meeting of First Ministers resulted in a landmark agreement between the federal government and the provinces and territories. Over the next five years, the federal government will invest an additional \$21 billion into the CHST. Furthermore, \$1 billion will be made available for new medical equipment, \$800 million will be used to support primary care reform, and \$500 million will go towards using information technology, such as electronic patient records, to improve care and health system management.

As part of this agreement, the First Ministers have stated their belief that, "the key goals of the health system in Canada are to: preserve, protect and improve the health of Canadians; ensure that Canadians have reasonable and timely access to an appropriate, integrated, and effective range of health services



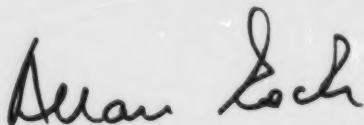
anywhere in Canada, based on their needs, not their ability to pay; and, ensure its long-term sustainability so that health care services are available when needed by Canadians in future years." They also agreed to develop common performance measures and report regularly to Canadians on health status and outcomes, and the quality of publicly funded health services.

First Ministers also made a commitment to strengthen their investments in policies that recognize the determinants of health, enhance disease prevention and improve public health. Of course, this is the daily work of Health Canada on many fronts: regulating to ensure safe food and drugs, promoting good nutrition, fostering practical health, building a knowledge base to manage disease more effectively, to mention some. In addition to continuous improvement of these ongoing functions, we also focussed on environmental health actions and on an expanded commitment to reduce tobacco use rates among Canadians. This starts with our youngest citizens, helping them get off to the best possible start in life. Under the F/P/T agreement on early childhood development, the Government of Canada is making a substantial investment of \$2.2 billion over five years through the CHST. This new transfer will complement existing federal investments for children and families.

Our government has an important and historic relationship with Canada's First Nations and Inuit. It is characterized by partnership with Aboriginal people and organizations on health issues and programs. This past year, our collaborative work included the implementation of a new home and community care program, a diabetes initiative, and early childhood development initiatives. The federal Budget 2000 earmarked additional funds to respond to increases in the cost of providing health care services for First Nations and Inuit people. Our collaborative effort this year resulted in the incorporation and funding of the Organization for the Advancement of Aboriginal Peoples' Health. We have also continued transfer of the control of health programs and resources to First Nation and Inuit communities, consistent with our government's commitments in Gathering Strength: Canada's Aboriginal Action Plan.

We succeeded this year in creating a new approach to health research, embodied in the Canadian Institutes of Health Research (CIHR). CIHR is about bringing the benefits of health research to Canadians. Its objective is to excel, according to internationally recognized standards of scientific excellence, in the creation of new knowledge and its translation into improved health for Canadians, more effective health services and products, and a strengthened Canadian health care system.

Through its own initiatives and its work with the provinces and territories, with other government departments, and with an extensive range of partners, Health Canada has made valuable progress towards achieving the government's commitment to enhance the quality of life that all Canadians expect.



The Honourable Allan Rock, P.C., M.P.
Minister of Health



Executive Summary

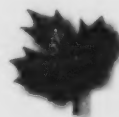
Because quality of life starts with quality of health, Canadians believe health must be a priority for all governments in Canada. They expect their federal government to show leadership and contribute to health improvement, while recognizing the primary responsibility of the provinces and territories for direct health care services.

Health Canada plays an important role in achieving health results — whether through encouraging the modernization of the health care system or in providing national programs and services. During 1999-2000, this Department acted on our direct responsibilities in the health system. We also played our role as a leader, partner and catalyst for action. We summarize highlights by Business Line below.

Management of Risks to Health

While Canadians experience fewer risks to health than do people in many other countries, the nature and number of risks is constantly evolving. During 1999-2000, global health issues, our disease surveillance and product monitoring activities, as well as other trends, helped us to identify new issues for action. These built on our ongoing activities and the increased funding announced in the 1999 budget. To ensure sustained strength, we also continued work to modernize our structures and approaches.

- We addressed risks to Canadians from pathogens linked to food products. High profile examples of this work included analysis of Belgian food imports for dioxin and PCB contamination, as well as investigations into health concerns about seed sprouts and Guatemalan berries. To strengthen our ability in this area, we identified more rapid methods to detect *E. coli* O157, *Cyclospora* and other food-borne threats to the health of Canadians.
- We facilitated the transition to the new Canadian Blood Services and Héma-Québec operations, with a special focus on computer systems.
- We made progress with the provinces to create standardized surveillance systems that will help public health officials gather and assess information more effectively, including a National Diabetes Surveillance System and a pilot system on blood-borne diseases.
- We supported regulatory work on emerging priorities such as the medicinal use of marijuana, natural health products and foods derived from biotechnology.
- We began a comprehensive reevaluation of all older pesticides now permitted for use in Canada.
- We updated our structure to better meet new needs by adding the Office of Natural Health Products and the Office of Consumer Affairs and Public Involvement.



Promotion of Population Health

Income levels, smoking, physical activity and family supports are just some of the social, economic and behavioural determinants that deeply influence the health status of Canadians at all stages of life. Accordingly, we centre our population health approaches on working with partners across Canadian life. With those partners, we help individuals, families and communities to better understand the factors and decisions that lead to healthier lives. That work continued in many ways during 1999-2000.

- We announced proposed changes to tobacco product warning labels and launched new advertising campaigns on tobacco issues, based on evidence about what works to help reduce tobacco use.
- We launched the Canadian Diabetes Strategy to address all facets of this growing health concern, in collaboration with the provincial and territorial governments, Aboriginal organizations and health, community, professional and other organizations.
- We improved the Canadian Breast Cancer Initiative, with a focus on support for effective, client-centred early detection and screening programs, primary prevention and stronger community-based information and support.
- We launched the Canadian Health Network, a Web site that helps Canadians get trustworthy information on healthy lifestyles, disease prevention and other health issues.
- We produced new publications and guidelines for health professionals and other tools on subjects including maternal health, health impacts of separation and divorce and physical activity for older adults.

Aboriginal Health

Consistent with the new relationship being built under Gathering Strength: Canada's Aboriginal Action Plan, Health Canada works in partnership with First Nations and Inuit, supporting the goal of First Nations and Inuit control of their health programs, services and resources. The transfer of control of health programs and resources continued during 1999-2000, as did efforts to provide services through programs such as the Non-Insured Health Benefits (NIHB) Program and community-based health programs. Health Canada is working with First Nations and Inuit and provincial and territorial governments to renew the First Nations and Inuit health system.

- We signed 16 new transfer agreements and 10 new integrated agreements as well as 10 self-government final agreements with First Nations communities to provide communities with the flexibility to take control of their health services at a pace which best suits their needs.
- We provided funding to all First Nations and Inuit communities for planning and training activities related to implementing the Home and Community Care Program.

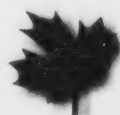


- We completed extensive Aboriginal Diabetes Initiative (ADI) consultations with First Nations, Inuit, Métis, and urban Aboriginal national organizations and communities resulting in an ADI program framework. 12 community diabetes programs were funded.
- We implemented five telehealth pilot research projects in isolated First Nations communities, developing the administrative processes to link the isolated community nursing station to a distant provincial hospital.
- We funded 203 Aboriginal Head Start On-Reserve Program projects intended to enhance child development and school readiness of First Nations children living in First Nations communities on-reserve.
- We improved management processes to enhance accountability. The Accountability Framework will outline the roles and responsibilities of communities and Health Canada and ensure visibility and transparency in decision-making.
- We improved efficiency in the Non-Insured Health Benefits Program by connecting almost all relevant pharmacy providers to the Point of Service system.
- We worked in collaboration with the five national Aboriginal organizations to create and implement the new Organization for the Advancement of Aboriginal Peoples' Health.
- We deployed the First Nations and Inuit Health Information System (FNIHIS) to 114 health facilities. The FNIHIS provides data collection, management and reporting tools, a comprehensive, flexible and powerful platform for case management and evidence-based planning and decision-making for Canadian Aboriginal peoples.

Health System Support and Renewal

Health Canada works closely with its provincial and territorial counterparts to address Canada-wide health system needs in order to strengthen health care services and, over the longer term, provide a full range of high quality, integrated, patient-centred services. During 1999-2000, this produced many results.

- We worked with the provinces and territories on common concerns including home and community care, health human resource planning issues, population health approaches and information technologies.
- We funded 141 projects through the Health Transition Fund. These projects test ideas that could help to shape future health policy and service choices. Priority areas for projects are home care, pharmacare, primary care and integrated service.
- We supported specific telehealth and tele-homecare projects to explore ways to better meet the special circumstances of people living in rural and remote communities.

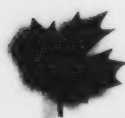


- We reinforced our attention to nursing issues by creating an Office of Nursing Policy that is helping to focus research and attention on nursing issues.

Health Policy, Planning and Information

Growing federal support for health research is part of the Government of Canada commitment to improved decision-making and policy-setting across Canada's health system. The commitment to research is matched by a commitment to put in place the kinds of information and communications technology that can facilitate faster knowledge-sharing and more effective service delivery.

- We provided the financial, secretariat and policy support that helped to create the Canadian Institutes of Health Research.
- We reoriented the National Health Research and Development Program to more clearly reflect health priorities, such as home care, children and youth, aging and health care financing.
- We supported 36 projects to foster innovative applications of information and communications technology in the health system, of which many focused on telehealth, electronic patient records and electronic health information.
- We worked with the provinces and territories through a new F/P/T Advisory Committee on Health Infostructure to bring about coordinated approaches to emerging health infostructure issues including privacy and confidentiality, health surveillance, electronic health records and telehealth.
- We launched the National Health Surveillance Network that will provide public health officials with Internet access to information, enabling them to prevent disease, react faster to public health issues and develop policies to reduce health hazards.
- We funded implementation of the First Nations and Inuit Health Information System.



Realignment

On July 1, 2000, Health Canada realigned the departmental structure to better meet the goals of:

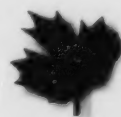
- continuously improving Health Canada services to Canadians;
- working more effectively with internal and external partners;
- ensuring that resources go to the areas where Health Canada can make the biggest impact on the health of Canadians;
- innovation, responsiveness, flexibility, continuous learning and results orientation.

The realigned structure does not alter the Health Canada mission or mandate. It features:

- Seven branches (Population and Public Health, Health Products and Food, Healthy Environments and Consumer Safety, First Nations and Inuit Health, Information, Analysis and Connectivity, Health Policy and Communications, and Corporate Services) with a reallocation of many responsibilities from the previous six-branch structure;
- Six regions (Atlantic, Quebec, Ontario and Nunavut, Manitoba and Saskatchewan, Alberta and Northwest Territories, British Columbia and Yukon) with a reallocation of many responsibilities to the regional level and growth from the former four-region structure;
- Continuation of two existing agencies (Pest Management Regulatory Agency and Occupational Health and Safety Agency).

The realignment is designed to improve service to Canadians, ensure better coordinated work across the Department and strengthen our capacity to be an innovative, results-oriented organization. As part of our intention to work more effectively with our many partners, especially in the provinces and territories, we are better focussing our presence at the regional level.

Health Canada's realignment responds to rapid advances and growth in health knowledge and technology, the changing expectations of Canadians and their desire to be more informed and involved in the decision-making process, and a need to fundamentally shift the way the Department works with its partners. The Department consulted extensively with staff and external stakeholders before finalizing the realignment.





Health
Canada

Santé
Canada

OUR MISSION

To help the people of
Canada maintain and
improve their health.



SECTION II: DEPARTMENTAL OVERVIEW

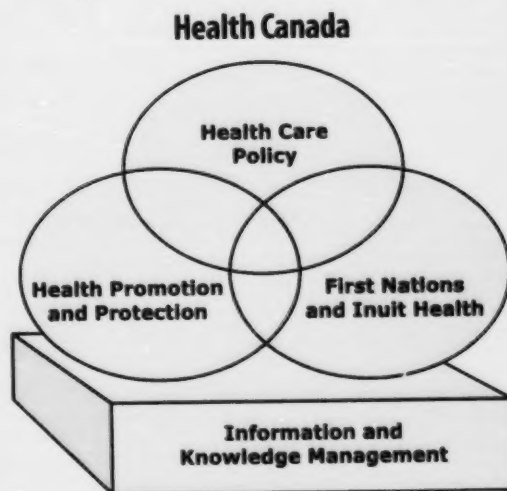
Mandate

Health Canada's formal mandate is set out in the *Department of Health Act*, which is summarized in the mission statement on the facing page. The departmental mandate also derives from responsibilities under legislation such as the *Food and Drugs Act*, the *Hazardous Products Act*, and the *Controlled Drugs and Substances Act*.

More fundamentally, the mandate that the Government of Canada has given to Health Canada reflects the very high priority that Canadians and their government place on health. Good health is central to how Canadians see their quality of life. It goes beyond the absence of illness or disease to encompass an overall sense of physical, mental and spiritual wellness.

That comprehensive sense of health and wellness helps to define Health Canada's responsibilities that centre largely on three interrelated components:

- **health promotion and protection** which includes providing individuals, groups, communities and the general population with information and tools (or access to them) so that they can make informed decisions about their health and preventing and reducing the incidence of illness and injury by direct regulatory or other action to manage risks over which individuals have little or no control by themselves;



- **First Nations and Inuit health** which ensures the provision of First Nations and Inuit health services to the First Nations people on reserves and the Inuit;
- **health care policy** which provides pan-Canadian leadership in support of the provinces as they seek ways to renew their individual health care systems, policies and processes, ensuring the most effective use of health resources consistent with achieving the best possible health results for Canadians.

All three components are supported by Information and Knowledge Management through the generation, organization and dissemination of information and knowledge for improved health policy and program decision making both within Health Canada, and across the health system.

Societal Context

Health of Canadians

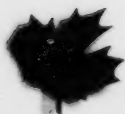
Canadians enjoy a high level of health, and Canada ranks in the top three developed countries in the world in measures of life expectancy, mortality rates, and self-rated health status.

- Life expectancy in Canada has steadily risen, from 59 years in the early 1920s to over 79 years by 1998.
- Canada's infant mortality rate declined from 18.8 infant deaths per 1,000 live births in 1970 to 5.5 in 1997.
- In 1998-1999, approximately 92 percent of Canadians rated their health as good, very good or excellent.

However, these levels of health status are not shared equally by all Canadians.

- Health status is correlated with gender. Women are more likely to live longer than men because of gender differences in mortality rates from heart disease, cancer, suicide attempts and injuries. Women, however, are more likely to suffer from chronic conditions, such as arthritis, hypertension and migraines.
- Canadians at lower income and education levels are more likely to suffer from chronic conditions. Fewer Canadians at lower income and education levels rate their health as excellent or very good, compared with Canadians at higher income and education levels.
- Canada's Aboriginal people are at a higher risk for poor health and early death than the Canadian population as a whole. Life expectancy is lower than the national average, infant mortality rates are higher, and there is a greater prevalence of chronic conditions, including hypertension, arthritis, heart disease and diabetes.

The health of a population is determined by many factors, and only partly the result of government actions. Nevertheless, information on government programs affecting health can be better interpreted when placed in the context of the overall health status of Canadians.



Measuring Health in Canada provides this context, including information on:

- general indicators of life expectancy and mortality;
- general indicators of health status and morbidity;
- behaviours and preventative measures;
- HIV/AIDS; and
- First Nations and Inuit health.

Annex A: *Measuring Health in Canada - more results relating to Health Status of Canadians* is available at < <http://www.hc-sc.gc.ca/estimates/> >. For a copy of this Annex, please call (613) 954-5995.

Health Spending

In 1999, Canadians spent about \$86 billion on health care – approximately \$2,815 per capita. Canada's ratio of total health care spending to Gross Domestic Product, was approximately 9.2 percent in 1999 – fourth among G7 countries. Approximately 70 percent of spending was publicly funded, and 30 percent was privately funded. The WHO *World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance* indicates that given the level of Canada's health expenditures, there appears to be room for improvement in the performance of our health system.

Since the mid-1970s, there has been a shift in the disbursement of health dollars. The share of total health care dollars devoted to hospitals, which continues to be the largest category of health expenditures, has dropped every year. In 1997, spending on drugs overtook spending on physicians' services, to become the second largest component of health expenditures.

An Ongoing Evolution

There are many factors that are changing the nature of the health system and health services.

- **Technological advances**, such as those in diagnostic techniques, primary prevention, surgery, biotechnology and genetics, are changing our definition of health, as well as how we deliver health services.
- **Pharmaceuticals** are being used to a greater extent. Drug therapy is, increasingly, a viable alternative to some traditional treatments, and contributes to the shift of patients from hospital settings to community care.
- **Information systems** are becoming increasingly necessary to effectively manage transactions, patient records, the volume of information, and system performance.
- **Changing expectations** of educated and informed consumers are affecting the demand for and use of health services.



An Aging Population

The aging of Canadian society, a product of declining fertility rates and increased life expectancy, will be a significant trend in Canada in the twenty-first century. In particular, the aging of the post-World War II baby boom generation will place temporary but enduring pressures on the health care system from around 2020.

These include:

- substantial increases in the fraction of the population with age-related chronic conditions such as senile dementia, heart disease, and the effects of stroke;
- increased demand for health care workers, particularly those providing continuing care;
- the need for increased public spending on health care to maintain existing levels of service.

These changes are posing challenges for all players in the health system including Health Canada. The federal Budget 2000 recognized the high priority Canadians place on their health and health care, and built on the significant investments in Budget 1999 to strengthen and renew the system. Health Canada continues to work with its many partners, including provinces and territories, First Nations and Inuit, other federal departments, international partners, professional associations, community organizations, and the voluntary sector, to address these issues and to realize the opportunities created by the need for reform.



Business Line Descriptions

Management of Risks to Health

This business line is responsible for anticipating, preventing and responding to health risks posed by food, water, drugs, medical devices and other therapeutic products, occupational and environmental hazards, diseases, consumer products, pest control products, blood and blood products, peacetime disasters and certain determinants of health such as personal behaviour, family, social and economic circumstances.

Promotion of Population Health

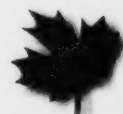
The business line provides a broad integrated approach to population health, taking into account the social, behavioural, and economic determinants of health. It addresses health inequalities among Canadians through the development and support of policies and programs to support disease prevention and health promotion in collaboration with key partners in other government departments, provinces, territories and the non-government sector. The business line supports action to promote health by addressing determinants that fall both within and outside of the health sector throughout the life cycle. It recognizes and emphasizes the importance of investment in early childhood as a means to better health throughout life. The delivery of this business line is carried out through a life cycle framework characterized under the three stages of life: i) Childhood and Adolescence, ii) Early to Mid-Adulthood, and, iii) Later Life.

Aboriginal Health

The principle that health status inequalities and health service concerns among First Nations will be addressed more effectively when decisions are made by themselves is widely accepted by health experts and Aboriginal people. This business line works toward increased control and management of community-based health services by Aboriginal people through transfer, integrated contribution agreements and other health funding arrangements, capacity building and training. The business line also supports actions on health inequalities affecting First Nations and Inuit People.

Health System Support and Renewal

This business line provides support for leadership in all areas of Canada's health system. It uses knowledge and action from across the Department to ensure the viability and affordability of Medicare and a more appropriate balance in Canada's health system across health care, promotion, prevention and protection. The focus is on increasing efficiency and effectiveness in collaboration with the provinces and territories.

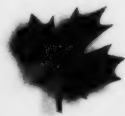


Health Policy, Planning and Information

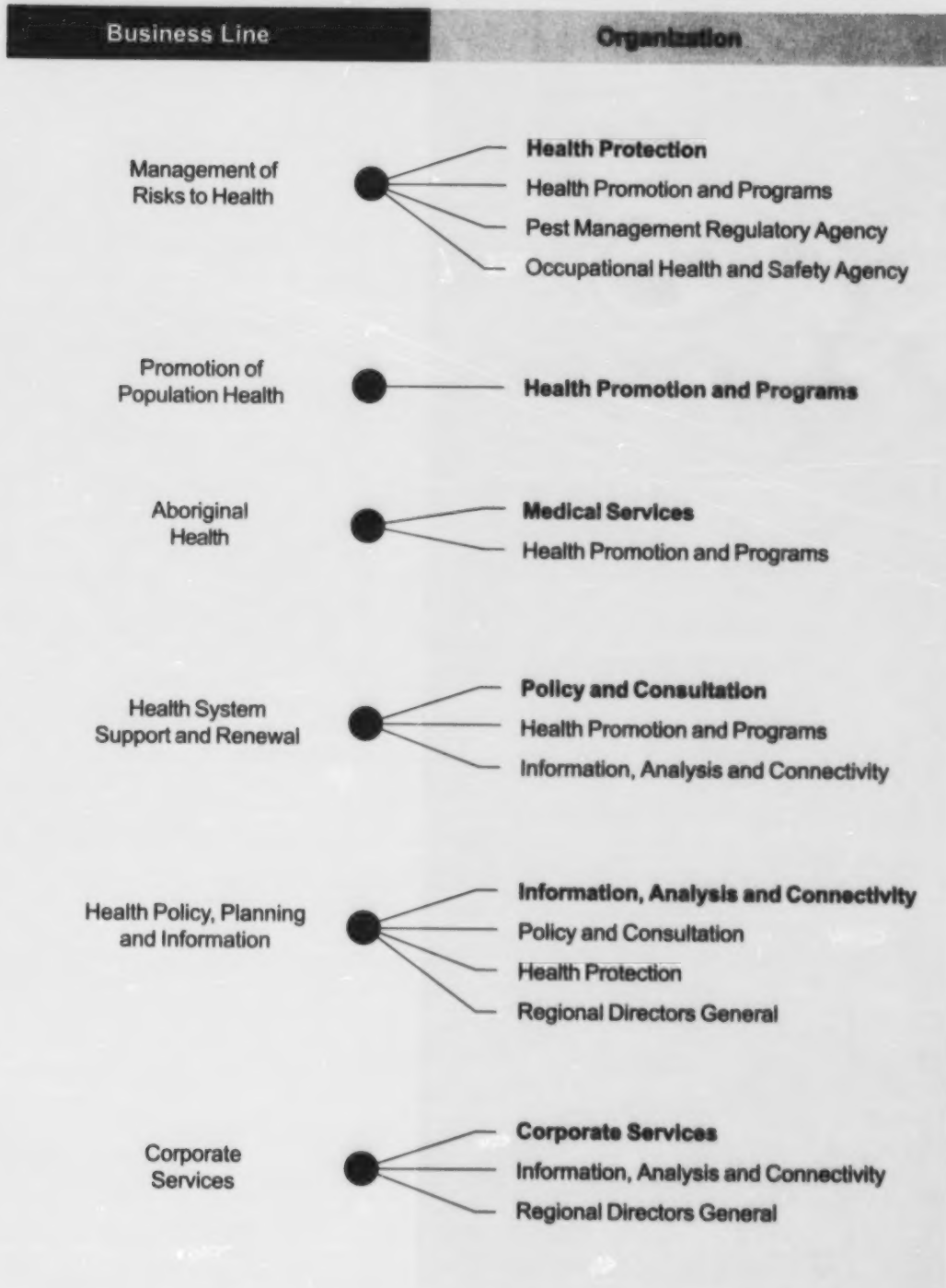
This business line contributes to the achievement of federal health objectives by: internally, drawing together activities and levers (surveillance, research, policy, communications, federal/provincial and international relations, legislation, consultation, planning and review) used across all business lines, into a cohesive, cost-effective way to deliver the government's health agenda and core Health Canada responsibilities; externally, contributing to the generation, provision and use of health information, taking into account the roles of our health information partners.

Corporate Services

Corporate Services provides services and advice to departmental senior managers in support of program needs related to the management, use and reporting of financial and human resources, facilities and assets, information technology, and audit services.



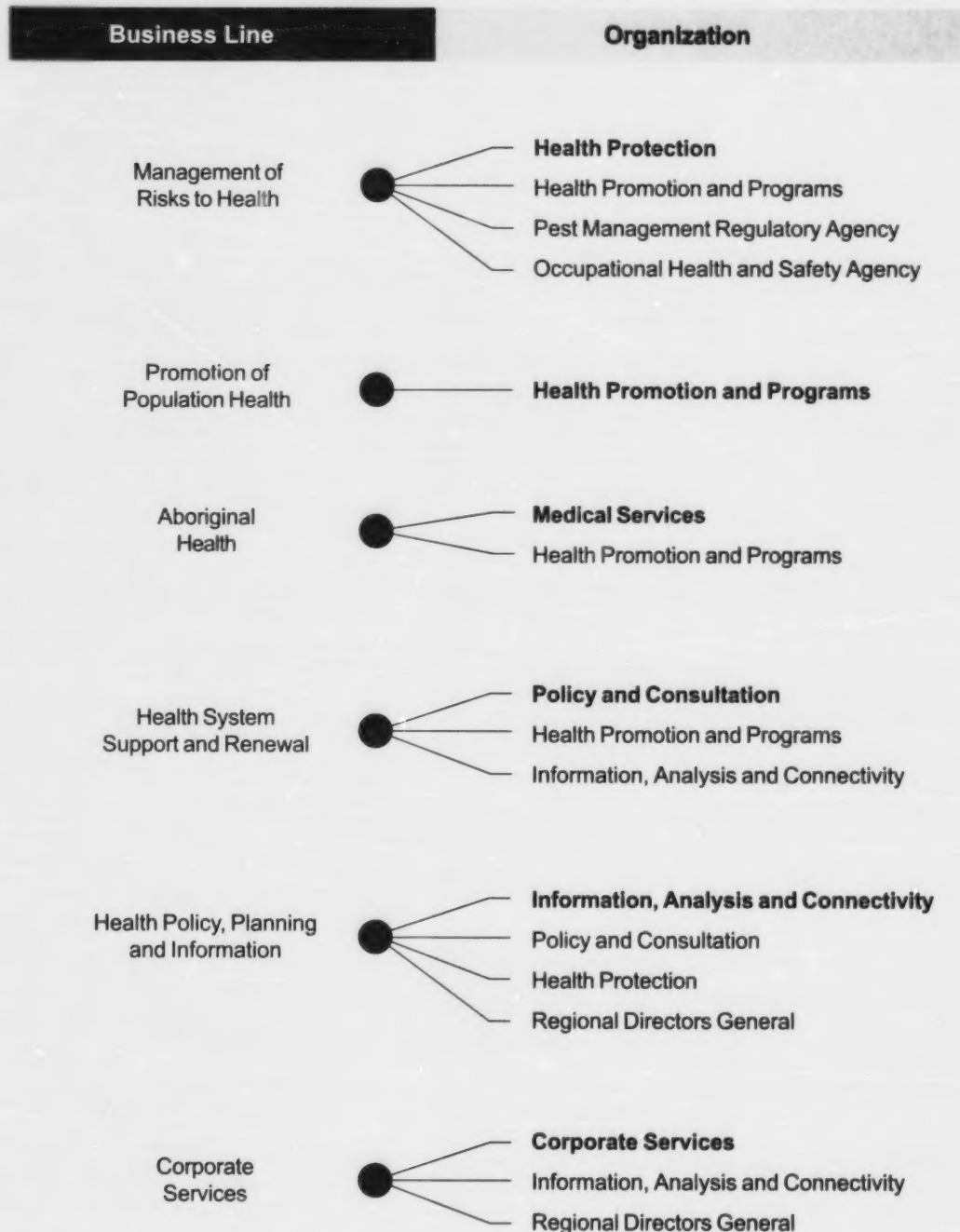
Business Line Relationship to Organizational Structure 1999-2000



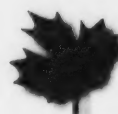
Bold type - Primary Responsibility



Business Line Relationship to Organizational Structure 1999-2000



Bold type - Primary Responsibility







SECTION III: DEPARTMENTAL PERFORMANCE

A: Chart of Key Results Commitments

This chart of key results commitments reflects continuing efforts to improve the articulation of Health Canada's results commitments and measurement techniques.

To provide Canadians with:	To be demonstrated by:
Management of Risks to Health Health protection and assistance in improving their health by defining, advising on and managing risks and benefits to health.	1.1 Safe and nutritious food. 1.2 Safe and effective drugs, medical devices and other therapeutic products, including blood and blood products. 1.3 Safe consumer and commercial products. 1.4 Safe living and working environments. 1.5 Effective disease prevention and control. 1.6 Effective occupational health and safety services available and accessible to federal departments. 1.7 Effective response to natural and man-made disasters. 1.8 Safe and effective pest control products.



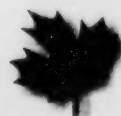


SECTION III: DEPARTMENTAL PERFORMANCE

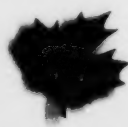
A: Chart of Key Results Commitments

This chart of key results commitments reflects continuing efforts to improve the articulation of Health Canada's results commitments and measurement techniques.

To provide Canadians with:	To be demonstrated by:
Management of Risks to Health Health protection and assistance in improving their health by defining, advising on and managing risks and benefits to health.	1.1 Safe and nutritious food. 1.2 Safe and effective drugs, medical devices and other therapeutic products, including blood and blood products. 1.3 Safe consumer and commercial products. 1.4 Safe living and working environments. 1.5 Effective disease prevention and control. 1.6 Effective occupational health and safety services available and accessible to federal departments. 1.7 Effective response to natural and man-made disasters. 1.8 Safe and effective pest control products.



To provide Canadians with:	To be demonstrated by:
Promotion of Population Health An approach to improving health that acts on the determinants of health to promote healthy behaviours and attitudes and prevent disease and injury.	2.1 Public awareness and understanding of the factors that determine individual and collective health and the actions to take to maintain and/or improve health. 2.2 A reduction in health inequalities for specific population groups and improvements in health status for the population. 2.3 The impacts on health of existing or new policies, practices, programs and services are assessed and taken into account by the private, public and voluntary sectors. 2.4 A reduction in tobacco-caused illness and death.
Aboriginal Health Sustainable health services and programs for First Nations and Inuit communities and people that addresses health inequalities and disease threats so that they may attain a level of health comparable with that of other Canadians, within the context of First Nations and Inuit autonomy and control.	3.1 Improvements in First Nations and Inuit people's health and a reduction in health inequalities between them and other Canadians. 3.2 A First Nations and Inuit population that is informed and aware of the factors that affect health and what actions can be taken to improve health. 3.3 Effective health care services available and accessible to First Nations and Inuit people. 3.4 Increased First Nations and Inuit management of and accountability for health care services and the Non-Insured Health Benefits Program.
Health System Support and Renewal Leadership that contributes to the long-term sustainability of a health system that has significant national character and meets the needs of Canadians.	4.1 Publicly funded hospital and physician services consistent with the principles of the <i>Canada Health Act (CHA)</i>. 4.2 An integrated health system embodying efficient health services.



To provide Canadians with:**To be demonstrated by:****Health System Support and Renewal (continued)**

- 4.3 Innovative national and international initiatives that strengthen the health system.
- 4.4 A better understanding of the fundamental issues relating to health care, and better tools and mechanisms for improving access to a range of high quality, equitable services.
- 4.5 Strengthened partnerships among federal, provincial and territorial governments, key stakeholders, Canadians and international partners.

Health Policy, Planning and Information

Effective national health policies and plans, and current, reliable health information to support strategic and evidenced-based decision-making in Health Canada, throughout the health system and by Canadians.

- 5.1 National policies and plans that effectively address emerging health challenges and/or changes to existing health priorities.
- 5.2 A health system that is more effective, efficient and accountable and which includes a well functioning national health information and health research infrastructure.
- 5.3 Canadians accessing and using reliable information to maintain and improve their health.
- 5.4 International health policies, programs and strategies which contribute to the Department's ability to fulfil its national and international objectives.

Corporate Services

Effective support for the delivery of Health Canada's programs and sound management practices across the Department.

- 6.1 Continuous improvement in the provision of corporate administrative services.
- 6.2 Continuous improvement in the promotion of sound management practices.



To provide Canadians with:**To be demonstrated by:**

Promotion of Population Health

An approach to improving health that acts on the determinants of health to promote healthy behaviours and attitudes and prevent disease and injury.

- 2.1 Public awareness and understanding of the factors that determine individual and collective health and the actions to take to maintain and/or improve health.
- 2.2 A reduction in health inequalities for specific population groups and improvements in health status for the population.
- 2.3 The impacts on health of existing or new policies, practices, programs and services are assessed and taken into account by the private, public and voluntary sectors.
- 2.4 A reduction in tobacco-caused illness and death.

Aboriginal Health

Sustainable health services and programs for First Nations and Inuit communities and people that addresses health inequalities and disease threats so that they may attain a level of health comparable with that of other Canadians, within the context of First Nations and Inuit autonomy and control.

- 3.1 Improvements in First Nations and Inuit people's health and a reduction in health inequalities between them and other Canadians.
- 3.2 A First Nations and Inuit population that is informed and aware of the factors that affect health and what actions can be taken to improve health.
- 3.3 Effective health care services available and accessible to First Nations and Inuit people.
- 3.4 Increased First Nations and Inuit management of and accountability for health care services and the Non-Insured Health Benefits Program.

Health System Support and Renewal

Leadership that contributes to the long-term sustainability of a health system that has significant national character and meets the needs of Canadians.

- 4.1 Publicly funded hospital and physician services consistent with the principles of the *Canada Health Act (CHA)*.
- 4.2 An integrated health system embodying efficient health services.



To provide Canadians with:	To be demonstrated by:
Health System Support and Renewal (continued)	4.3 Innovative national and international initiatives that strengthen the health system. 4.4 A better understanding of the fundamental issues relating to health care, and better tools and mechanisms for improving access to a range of high quality, equitable services. 4.5 Strengthened partnerships among federal, provincial and territorial governments, key stakeholders, Canadians and international partners.
Health Policy, Planning and Information Effective national health policies and plans, and current, reliable health information to support strategic and evidenced-based decision-making in Health Canada, throughout the health system and by Canadians.	5.1 National policies and plans that effectively address emerging health challenges and/or changes to existing health priorities. 5.2 A health system that is more effective, efficient and accountable and which includes a well functioning national health information and health research infrastructure. 5.3 Canadians accessing and using reliable information to maintain and improve their health. 5.4 International health policies, programs and strategies which contribute to the Department's ability to fulfil its national and international objectives.
Corporate Services Effective support for the delivery of Health Canada's programs and sound management practices across the Department.	6.1 Continuous improvement in the provision of corporate administrative services. 6.2 Continuous improvement in the promotion of sound management practices.



B: Accountability

The accountability vision for Health Canada is one of a corporate culture focussed on outcomes and performance, that credibly engages and informs Canadians of the impact of its policies and programs on the health of the people of Canada. Health Canada has a number of initiatives under way to improve accountability measures, to embed the principles of results-based management, and to foster a continuing culture shift to outcomes-oriented decision-making and program management. These initiatives are consistent with Treasury Board's *Managing for Results* and improved management practices.

Strategy 1

Improve the quality and use of performance information across the Department, including improving linkages between planned key results, actual performance, resource utilization and health outcomes.

Accomplishments

- Launched a three year \$43 million Federal Accountability Initiative Focussing on Health Canada's Policies and Programs to provide Canadians with improved information about the Department's roles, responsibilities and program performance; to improve information management and accountability; and to improve the evidence base and outcomes orientation of policies and programs. To this end, Health Canada has:
 - used the Applied Research and Analysis Directorate to foster strategic and evidence-based decision-making by:
 - a) enhancing the analytical underpinnings of accountability through an improved understanding of the diverse factors that affect health outcomes,
 - b) providing better quantitative data and data access tools throughout Health Canada,
 - c) improving departmental performance reporting;
 - launched a three year pilot Performance Measurement Development Project to provide Health Canada managers with tools and expertise in performance measurement and management and shared funding for the development and use of performance frameworks for existing programs.
- Began implementation of the government-wide Financial Information Strategy (FIS) to better support expenditure management, business planning, budgeting, program review, and other management and decision-making processes. The FIS will facilitate accountability for program and financial results and improve estimates and performance reporting. Other accountability initiatives included linking individual performance to results-based management and modernizing the departmental evaluation function.



- Completed the first cycle of the Program Impact Assessment Project (PIAP), a major organizational and cultural change initiative that involved an outcomes-focussed analysis of six key activity areas at Health Canada. Analytical tools and approaches to guide priority setting, resource allocation and support evidence-based decision-making were developed. Commitments to strengthen performance measurement and accountability regimes were made and this work is under way. PIAP was a catalyst in the transformation of Health Canada into an organization that is more innovative, continuously learning, accountable and driven by a focus on outcomes.

Strategy 2

Improve public involvement in developing accountability frameworks relative to the effectiveness of health policy decisions, health system performance and the results of direct federal expenditures in health.

Accomplishment

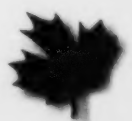
- Developed a policy, guidelines and tool kit to assist the Department in the design and implementation of strategies for public involvement in developing health policies and programs (See also page 34 regarding the establishment of the Office of Consumer Affairs and Public Involvement).

Strategy 3

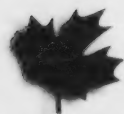
Improve accountability and reporting in health care.

Accomplishments

- Published, disseminated and tabled in the House of Commons the annual report on administration of the *Canada Health Act*. The report provides information to Canadians on compliance by provinces and territories with the principles and conditions of the *Canada Health Act*. Provincial and territorial governments supply the required information.
- Pledged, in a public response to the Auditor General's report in November 1999, to work with the provinces and territories to strengthen reporting on compliance with the principles and conditions of the *Canada Health Act*. Improved reporting will provide timely, relevant and understandable information to Canadians. It will also assist in monitoring and administering compliance with the Act.
- Commissioned a research study, on behalf of F/P/T health ministries, on "Accountability Frameworks and Performance Indicators for Mental Health Systems and Supports", as part of a multi-phase initiative to build evidence-based services and supports in this sector. This builds on earlier work to document best practices in mental health system reform, and emphasizes approaches to improve accountability.
- Identified key program areas for reporting in the context of the Social Union Framework Agreement in Treasury Board's *Managing for Results 2000*. For details see SUFA Accountability Templates at < http://socialunion.gc.ca/news/020499_e.html >.



These initiatives complement the broader work of the Canadian Institute for Health Information and Statistics Canada in reporting on the performance of the overall health system, its outcomes, and the health of Canadians.



C: Performance Accomplishments

Business Line 1: Management of Risks to Health

Financial Information

(millions of dollars)

	1999-2000 Planned Spending	1999-2000 Total Authorities	1999-2000 Actual Spending
Gross expenditures	\$316.7	\$332.1	\$318.5
Expected revenue	(\$44.9)	(\$55.8)	(\$53.8)
Net expenditures	\$271.8	\$276.3	\$264.7*

* This represents 13.0 percent of the Department's actual spending. This percentage is based on total departmental spending excluding the one-time court ordered Hepatitis C payment of \$855.3M in Promotion of Population Health to allow for comparability with previous year.

The actual spending is \$11.5M lower than the total authorities as planned activities related to resources received late in fiscal year 1999-2000 for "Sustaining the Federal Health Protection Capacity" initiative through Budget 2000 were not fully carried out. Resources will be carried forward to fiscal year 2000-2001 when remaining expenses will be incurred.

Web site: < <http://www.hc-sc.gc.ca> >

Objective

To improve health surveillance and the capacity to anticipate, prevent, and respond to health risks posed by diseases, food, drugs, medical devices, and other therapeutic products, pest control products, environmental hazards, consumer goods, and upstream determinants of health (personal behaviour, family, social and economic circumstances).

Key Results Commitments (KRC), Strategies and Accomplishments

For more information in regards to these Key Results Commitments, refer to the Service Lines that follow.

C: Performance Accomplishments

Business Line 1: Management of Risks to Health

Financial Information

(millions of dollars)

	1999-2000 Planned Spending	1999-2000 Total Authorities	1999-2000 Actual Spending
Gross expenditures	\$316.7	\$332.1	\$318.5
Expected revenue	(\$44.9)	(\$55.8)	(\$53.8)
Net expenditures	\$271.8	\$276.3	\$264.7*

* This represents 13.0 percent of the Department's actual spending. This percentage is based on total departmental spending excluding the one-time court ordered Hepatitis C payment of \$855.3M in Promotion of Population Health to allow for comparability with previous year.

The actual spending is \$11.5M lower than the total authorities as planned activities related to resources received late in fiscal year 1999-2000 for "Sustaining the Federal Health Protection Capacity" initiative through Budget 2000 were not fully carried out. Resources will be carried forward to fiscal year 2000-2001 when remaining expenses will be incurred.

Web site: < <http://www.hc-sc.gc.ca> >

Objective

To improve health surveillance and the capacity to anticipate, prevent, and respond to health risks posed by diseases, food, drugs, medical devices, and other therapeutic products, pest control products, environmental hazards, consumer goods, and upstream determinants of health (personal behaviour, family, social and economic circumstances).

Key Results Commitments (KRC), Strategies and Accomplishments

For more information in regards to these Key Results Commitments, refer to the Service Lines that follow.





Key Results Commitments

- | | |
|----------------|---|
| KRC 1.1 | Safe and nutritious food |
| KRC 1.2 | Safe and effective drugs, medical devices and other therapeutic products, including blood and blood products |
| KRC 1.3 | Safe consumer and commercial products |
| KRC 1.4 | Safe living and working environments |
| KRC 1.5 | Effective disease prevention and control |
| KRC 1.6 | Effective occupational health and safety services available and accessible to federal departments |
| KRC 1.7 | Effective response to natural and man-made disasters |
| KRC 1.8 | Safe and effective pest control products |

Strategy 1

Update the risk management framework for assessing health and environmental risks.

Accomplishments

- Developed Health Canada's Decision-Making Framework for Identifying, Assessing and Managing Health Risks to help the Department identify, analyze and make decisions related to managing risks for the health of Canadians.
- Developed detailed plans to ensure that the science capacity of the Department is both strengthened and refocused so that high priority health risks are addressed more effectively.
- Established the Office of Consumer Affairs and Public Involvement (OCAPI) in the Health Products and Food Branch. The creation of the OCAPI is a response to the desire of Canadians for more information about health protection issues and more involvement in the development of policies and programs designed to protect their health and safety. OCAPI will provide Canadians with more information on health programs, and enable participation in the decision-making process with greater knowledge and understanding of how the health system works. OCAPI is developing a wide range of interactive information, consultation and engagement tools designed to reach and promote participation from key audiences.





Key Results Commitments

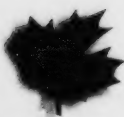
- | | |
|----------------|---|
| KRC 1.1 | Safe and nutritious food |
| KRC 1.2 | Safe and effective drugs, medical devices and other therapeutic products, including blood and blood products |
| KRC 1.3 | Safe consumer and commercial products |
| KRC 1.4 | Safe living and working environments |
| KRC 1.5 | Effective disease prevention and control |
| KRC 1.6 | Effective occupational health and safety services available and accessible to federal departments |
| KRC 1.7 | Effective response to natural and man-made disasters |
| KRC 1.8 | Safe and effective pest control products |

Strategy 1

Update the risk management framework for assessing health and environmental risks.

Accomplishments

- Developed Health Canada's Decision-Making Framework for Identifying, Assessing and Managing Health Risks to help the Department identify, analyze and make decisions related to managing risks for the health of Canadians.
- Developed detailed plans to ensure that the science capacity of the Department is both strengthened and refocused so that high priority health risks are addressed more effectively.
- Established the Office of Consumer Affairs and Public Involvement (OCAPI) in the Health Products and Food Branch. The creation of the OCAPI is a response to the desire of Canadians for more information about health protection issues and more involvement in the development of policies and programs designed to protect their health and safety. OCAPI will provide Canadians with more information on health programs, and enable participation in the decision-making process with greater knowledge and understanding of how the health system works. OCAPI is developing a wide range of interactive information, consultation and engagement tools designed to reach and promote participation from key audiences.



Strategy 2

Update and streamline the legislative foundation for risk management.

Accomplishments

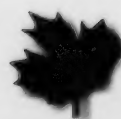
- Developed a proposal for a renewed federal health protection legislative framework (at the centre of which could be a new *Health Protection Act*) to:
 - clearly articulate the role of the federal government concerning health protection;
 - provide overall policy direction;
 - modernize the existing legislation and integrate it into a coherent system.
- Established the basis for a second round of consultations to produce a draft of the new *Health Protection Act* for tabling in the year 2000. The Department will also be working closely with the Canadian Food Inspection Agency (CFIA) and consulting with stakeholders on a review of the food-related regulations associated with the former *Food and Drugs Act* to allow for effective implementation of the *Canada Food Safety and Inspection Act*.

Strategy 3

Establish a new regulatory authority that will assume primary responsibility for assessing the safety of natural health products.

Accomplishment

- Created a new Office of Natural Health Products (ONHP) that will provide Canadians with the assurance of safety while enhancing consumer access and choice to a full range of natural health products.



Service Line A: Food Safety, Quality and Nutrition

Financial Information

(millions of dollars)

	1999-2000 Planned Spending	1999-2000 Total Authorities	1999-2000 Actual Spending
Gross expenditures	\$56.7	\$43.2	\$40.5
Expected revenue	(\$1.3)	(\$1.3)	(\$1.1)
Net expenditures	\$55.4	\$41.9	\$39.4*

* This represents 14.9 percent of the Management of Risks to Health actual spending.

Web site: < <http://www.hc-sc.gc.ca/food-aliment/english/> >

Objective

To protect and improve the health and well-being of the Canadian public by defining, advising on and managing risks and benefits associated with the food supply.

Key Results Commitment (KRC) and Accomplishments

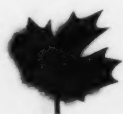


KRC 1.1 Safe and nutritious food

Accomplishments

Nutrition

- Reviewed 47 submissions for infant formulas, novel foods and addition of vitamins and minerals to foods to ensure the safety and nutritional quality of these products.
- Nutrition Labelling: conducted extensive consultations involving interested Canadians in the review of nutrition labelling policy with the goal of improving the usefulness of nutrition labelling, increasing its availability, and broadening public education on its use. Through the use of consultation kits and the Health Canada Web site, over 950 individual Canadians and organizations provided their views. These have been analyzed and will be used in the development of the



Service Line A: Food Safety, Quality and Nutrition

Financial Information

(millions of dollars)

	1999-2000 Planned Spending	1999-2000 Total Authorities	1999-2000 Actual Spending
Gross expenditures	\$56.7	\$43.2	\$40.5
Expected revenue	(\$1.3)	(\$1.3)	(\$1.1)
Net expenditures	\$55.4	\$41.9	\$39.4*

* This represents 14.9 percent of the Management of Risks to Health actual spending.

Web site: < <http://www.hc-sc.gc.ca/food-aliment/english/> >

Objective

To protect and improve the health and well-being of the Canadian public by defining, advising on and managing risks and benefits associated with the food supply.

Key Results Commitment (KRC) and Accomplishments

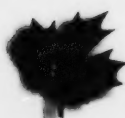


KRC 1.1 Safe and nutritious food

Accomplishments

Nutrition

- Reviewed 47 submissions for infant formulas, novel foods and addition of vitamins and minerals to foods to ensure the safety and nutritional quality of these products.
- Nutrition Labelling: conducted extensive consultations involving interested Canadians in the review of nutrition labelling policy with the goal of improving the usefulness of nutrition labelling, increasing its availability, and broadening public education on its use. Through the use of consultation kits and the Health Canada Web site, over 950 individual Canadians and organizations provided their views. These have been analyzed and will be used in the development of the



new policy. Further information can be found at < http://www.hc-sc.gc.ca/food-aliment/english/subjects/food_labelling_and_claims/nutrition_labelling_and_nutrie.html >

- Developed a policy recommendations proposal to permit changes in food fortification to reflect developments in scientific knowledge about the role of vitamins and minerals in health. The recommendations aim for more regulatory flexibility while meeting public health needs and protecting the population from the harmful effects of excessive or imbalanced intakes.
- Sponsored a review by the Food and Nutrition Board of the US National Academy of Sciences of scientific data on the requirements and tolerable upper levels of nutrients and other food components. The review is intended to produce a series of Dietary Reference Intakes which will ultimately replace the current Canadian Recommended Nutrient Intakes.

Food-borne illnesses

- Undertook a pilot project to develop a model to link and integrate surveillance data from food, water, animal, environmental and human sources. Analyses of the data will provide a means to assess the influence of animal and environmental risk factors on human health outcomes, and to develop appropriate intervention strategies.
- Researched and developed rapid methods for the detection of food-borne pathogens such as *E. coli* O157 to support the identification of the source of infection in contaminated products during outbreak investigations, and science-based policy development for high risk food-borne pathogens.
- Conducted research projects, risk assessments and policy development work on several plant product issues (unpasteurized juices, Guatemalan berries, seed sprouts) in the area of the safety of raw foods of plant origin in partnership with the Canadian Food Inspection Agency (CFIA) and the provinces and territories. An example of one research project is the Development of a Rapid Method for the Detection of *Cyclospora* in Guatemalan Berries.
- Conducted collaborative studies on surveillance of antimicrobial use and antimicrobial resistance, in partnership with government and university researchers, food animal producers, the veterinary profession and the pharmaceutical industry, as well as other sectors of the agriculture and agri-food industry.

Chemical Safety

- Conducted projects to address the link between chemicals in food and chronic diseases, such as cancer and neurological and genetic effects, focussing on identifying early or intermediate biomarkers. Preliminary results of these long-term projects were presented to the scientific community.
- Managed the Canadian risk assessment of the Belgian food crisis in partnership with CFIA. Analyzed over 100 Belgian food samples for both dioxins and PCBs and responded to public and media concerns. Transferred technology to private laboratories to increase national capacity to manage future food safety issues.



- Under the Total Diet Food Program for the measurement of long-term exposure of Canadians to a variety of chemicals, new data was generated on PCBs, dioxins, metals and pesticides for hundreds of foods; this data is widely used by a variety of clients e.g. CFIA, US Food and Drug Administration, US Environmental Protection Agency.

In the area of pre-market review of chemical substances, the Department evaluated approximately 160 food additive submissions and some 2,600 submissions involving food packaging materials and other chemical substances used in food processing areas.

- Responded to several thousand inquiries relating to chemicals in food. As well, completed some 40 risk assessments involving various chemical contaminants and natural toxins in the food supply. Specific examples included:
 - dioxins in foods imported from Belgium (see previous page);
 - microcystins in blue-green algae products sold as food;
 - mercury and other heavy metals in seafood products;
 - various organochlorines including dioxins, furans and PCBs in various country foods.

Biotechnology

- Promulgated the Novel Food Regulations under the *Food and Drugs Act*, a key step towards ensuring that foods derived from biotechnology are subject to appropriate regulatory oversight. This regulation requires that Health Canada be notified prior to the marketing of any food derived from biotechnology in Canada so that a thorough safety assessment can be conducted on each product.

Food Safety Assessment

- Issued the first assessment report on the effectiveness of CFIA's activities related to food safety. The report, which addressed CFIA's Food Emergency Response System, identified areas of strength and potential for improvement. Those areas identified for improvement have either been addressed or are being addressed.



Service Line B: Therapeutic Product Regulation

Financial Information

(millions of dollars)

	1999-2000 Planned Spending	1999-2000 Total Authorities	1999-2000 Actual Spending
Gross expenditures	\$61.6	\$75.8	\$77.9
Expected revenue	(\$34.7)	(\$39.3)	(\$38.7)
Net expenditures	\$26.9	\$36.5	\$39.2*

* This represents 14.8 percent of the Management of Risks to Health actual spending.

Web site: < <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/> >

Objective

To ensure that the drugs, medical devices, and other therapeutic products available to Canadians are safe, effective and of high quality. Health Canada also provides legislative policy and support to law enforcement activities in the control of illicit drugs.

Key Results Commitment (KRC), Strategies and Accomplishments



KRC 1.2 Safe and effective drugs, medical devices and other therapeutic products, including blood and blood products

Strategy 1

New legislative, regulatory and supervisory initiatives

Accomplishments

- Completed initial development of the regulatory framework for natural health products. < <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/onhp> >
- Developed regulations to provide for improved and more efficient access, with appropriate safeguards, to therapeutic products prior to their approval in both the clinical trials and special access program.
- Developed amendments and guidance to permit the use of marijuana for medicinal purposes. < <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/htmleng/cds.html> >



- Under the Total Diet Food Program for the measurement of long-term exposure of Canadians to a variety of chemicals, new data was generated on PCBs, dioxins, metals and pesticides for hundreds of foods; this data is widely used by a variety of clients e.g. CFIA, US Food and Drug Administration, US Environmental Protection Agency.

In the area of pre-market review of chemical substances, the Department evaluated approximately 160 food additive submissions and some 2,600 submissions involving food packaging materials and other chemical substances used in food processing areas.

- Responded to several thousand inquiries relating to chemicals in food. As well, completed some 40 risk assessments involving various chemical contaminants and natural toxins in the food supply. Specific examples included:
 - dioxins in foods imported from Belgium (see previous page);
 - microcystins in blue-green algae products sold as food;
 - mercury and other heavy metals in seafood products;
 - various organochlorines including dioxins, furans and PCBs in various country foods.

Biotechnology

- Promulgated the Novel Food Regulations under the *Food and Drugs Act*, a key step towards ensuring that foods derived from biotechnology are subject to appropriate regulatory oversight. This regulation requires that Health Canada be notified prior to the marketing of any food derived from biotechnology in Canada so that a thorough safety assessment can be conducted on each product.

Food Safety Assessment

- Issued the first assessment report on the effectiveness of CFIA's activities related to food safety. The report, which addressed CFIA's Food Emergency Response System, identified areas of strength and potential for improvement. Those areas identified for improvement have either been addressed or are being addressed.



Service Line B: Therapeutic Product Regulation

Financial Information

(millions of dollars)

	1999-2000 Planned Spending	1999-2000 Total Authorities	1999-2000 Actual Spending
Gross expenditures	\$61.5	\$75.8	\$77.9
Expected revenue	(\$34.7)	(\$39.3)	(\$38.7)
Net expenditures	\$26.9	\$36.5	\$39.2*

* This represents 14.8 percent of the Management of Risks to Health actual spending.

Web site: < <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/> >

Objective

To ensure that the drugs, medical devices, and other therapeutic products available to Canadians are safe, effective and of high quality. Health Canada also provides legislative policy and support to law enforcement activities in the control of illicit drugs.

Key Results Commitment (KRC), Strategies and Accomplishments



KRC 1.2 Safe and effective drugs, medical devices and other therapeutic products, including blood and blood products

Strategy 1

New legislative, regulatory and supervisory initiatives

Accomplishments

- Completed initial development of the regulatory framework for natural health products. < <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/onhp> >
- Developed regulations to provide for improved and more efficient access, with appropriate safeguards, to therapeutic products prior to their approval in both the clinical trials and special access program.
- Developed amendments and guidance to permit the use of marijuana for medicinal purposes. < <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/htmleng/cds.html> >



- Drafted amendments to Semen Regulations to introduce provisions for alternative safety testing of donor semen and special access. < <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/htmleng/guidmain.html#semen> >
- Published guidelines to further clarify and streamline the premarket registration process to provide a "single window" approach for disinfectant products, in cooperation with the Pest Management Regulatory Agency (PMRA). < http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/zfiles/english/consult/disinfct/disgdlx_2_e.html >

Strategy 2

Safety of the blood system

Accomplishments

- Reviewed and approved test kits that could be used by health care professionals in the early detection of HIV, as well as guidance documents for their appropriate use.
- Ensured continuity of service to Canadians during the transition to two new Blood establishments in Canada (**Canadian Blood Services** and Héma-Québec), focussing on computer systems and potential Year 2000 problems.
- Developed a policy to defer blood donors who had lived or travelled in the United Kingdom for six months or longer during the period from 1980-1996 in order to reduce the risk of Creutzfeldt-Jakob Disease contamination of the blood supply.

Strategy 3

International harmonization and regulatory cooperation

< <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/htmleng/intagree.html> >

Accomplishments

- Implemented a Standard Operating Procedure to define the process of consultation, implementation and maintenance of International Conference on Harmonization technical requirements for therapeutic products to ensure that regulatory decisions continue to serve the needs of the Canadian public.
- Completed confidence-building activities in support of Mutual Recognition Agreements (MRAs) with the European Union and Switzerland. Inspected pharmaceutical manufacturing establishments in each partner's regulatory jurisdiction.
- Signed a Plan of Action for exchanging regulatory information with the State Drug Administration of China.



Strategy 4

Fiscal responsibility, program efficiency and accountability

Accomplishments

- Developed a public involvement strategy for both general and specific interests e.g. xenotransplantation, medicinal use of marijuana etc.
- Improved communications tools and initiatives e.g. Fact Sheets, TPP Newsletter.
< <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/htmleng/fact-sht.html> >
< <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/htmleng/aboutus.html> >
- Identified gaps and challenges within the drug review process that need to be addressed in order to improve its timeliness and responsiveness. This major review was carried out in conjunction with the HIV/AIDS Working Group.
< http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/zfiles/english/advcomm/wg/hiv/minutes/drpf-rec_e.pdf >
< http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/zfiles/english/strategy/postapproval1999-2003_e.pdf >
< http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/science/drug_e.html >
- Issued comprehensive and detailed regular performance reports on the drug approval process. < <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/htmleng/aboutus.html> >
- Implemented a new management system, including enhanced knowledge management infrastructure, new operational planning system, revised organizational roles and responsibilities and the associated support mechanisms.

Grants Program over \$5M:

(indicated in bold in text)

Canadian Blood Services: Transition

Drug Review Times for New Active Substances (NAS)

Review times improved

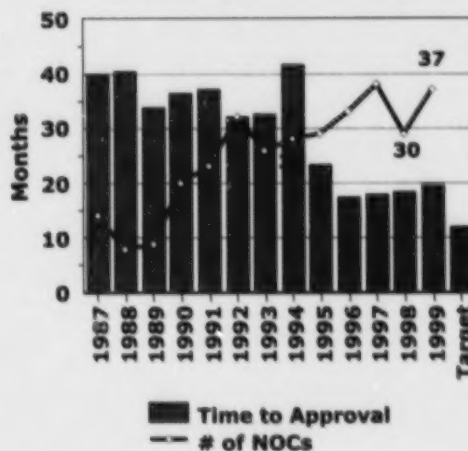
1988: 8 NAS approved in average
1,235 days
1994: 28 NAS approved in average
1,269 days
1999: 37 NAS approved in average
595 days

Priority Reviews (Fast Tracking)

1997: 8 drugs in 569 days
1998: 8 drugs in 396 days
1999: 18 drugs in 347 days

Targets are 355 and 235 days respectively; lack of resources limits ability to meet targets. New resources from Budget 2000 will help meet targets.

Average Time to Approval New Active Substances (NAS)



Strategy 4

Fiscal responsibility, program efficiency and accountability

Accomplishments

- Developed a public involvement strategy for both general and specific interests e.g. xenotransplantation, medicinal use of marijuana etc.
- Improved communications tools and initiatives e.g. Fact Sheets, TPP Newsletter.
< <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/htmleng/fact-sht.html> >
< <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/htmleng/aboutus.html> >
- Identified gaps and challenges within the drug review process that need to be addressed in order to improve its timeliness and responsiveness. This major review was carried out in conjunction with the HIV/AIDS Working Group.
< http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/zfiles/english/advcomm/wg/hiv/minutes/drpf-rec_e.pdf >
< http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/zfiles/english/strategy/postapproval1999-2003_e.pdf >
< http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/science/drpf_e.html >
- Issued comprehensive and detailed regular performance reports on the drug approval process. < <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/htmleng/aboutus.html> >
- Implemented a new management system, including enhanced knowledge management infrastructure, new operational planning system, revised organizational roles and responsibilities and the associated support mechanisms.

Grants Program over \$5M:

(indicated in bold in text)

Canadian Blood Services: Transition

Drug Review Times for New Active Substances (NAS)

Review times improved

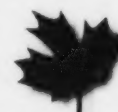
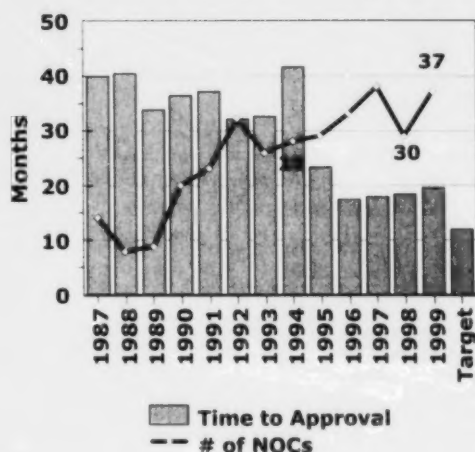
- 1988: 8 NAS approved in average
1,235 days
1994: 28 NAS approved in average
1,269 days
1999: 37 NAS approved in average
595 days

Priority Reviews (Fast Tracking)

- 1997: 8 drugs in 569 days
1998: 8 drugs in 396 days
1999: 18 drugs in 347 days

Targets are 355 and 235 days respectively; lack of resources limits ability to meet targets. New resources from Budget 2000 will help meet targets.

Average Time to Approval New Active Substances (NAS)



Service Line C: Environmental Health

Financial Information

(millions of dollars)

	1999-2000 Planned Spending	1999-2000 Total Authorities	1999-2000 Actual Spending
Gross expenditures	\$57.2	\$61.9	\$57.3
Expected revenue	(\$3.3)	(\$3.3)	(\$2.1)
Net expenditures	\$53.9	\$58.6	\$55.2*

* This represents 20.9 percent of the Management of Risks to Health actual spending.

Web site: < <http://www.hc-sc.gc.ca/ehp/ehd/> >

Objective

To improve safety and the safe use of products, and reduce health risks by identifying, assessing and managing the risks and benefits of natural and human-made environments while contributing to sustainable development.

Key Results Commitments (KRC) and Accomplishments



KRC 1.3 Safe consumer and commercial products

KRC 1.4 Safe living and working environments

Accomplishments

- Conducted international, national and regional studies:
 - collected data on the long-term health effects of air pollution on adolescent health (with Harvard School of Public Health);
 - researched infant health and early exposures to aero-allergens (with PEI agencies, Central Mortgage and Housing Corporation);
 - analyzed air pollution and cardiorespiratory emergency department visits (Saint John);
 - analyzed daily time series studies of air pollution and health effects (cardiorespiratory) on mortality and morbidity, disability days (national), and usage of health facilities;



Service Line C: Environmental Health

Financial Information

(millions of dollars)

	1999-2000 Planned Spending	1999-2000 Total Authorities	1999-2000 Actual Spending
Gross expenditures	\$57.2	\$61.9	\$57.3
Expected revenue	(\$3.3)	(\$3.3)	(\$2.1)
Net expenditures	\$53.9	\$58.6	\$55.2*

* This represents 20.9 percent of the Management of Risks to Health actual spending.

Web site: < <http://www.hc-sc.gc.ca/ehp/ehd/> >

Objective

To improve safety and the safe use of products, and reduce health risks by identifying, assessing and managing the risks and benefits of natural and human-made environments while contributing to sustainable development.

Key Results Commitments (KRC) and Accomplishments

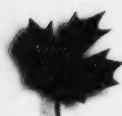


KRC 1.3 Safe consumer and commercial products

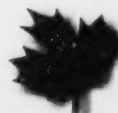
KRC 1.4 Safe living and working environments

Accomplishments

- Conducted international, national and regional studies:
 - collected data on the long-term health effects of air pollution on adolescent health (with Harvard School of Public Health);
 - researched infant health and early exposures to aero-allergens (with PEI agencies, Central Mortgage and Housing Corporation);
 - analyzed air pollution and cardiorespiratory emergency department visits (Saint John);
 - analyzed daily time series studies of air pollution and health effects (cardiorespiratory) on mortality and morbidity, disability days (national), and usage of health facilities;



- analyzed effects of natural radionuclides on human and animal genetic material.
 - Funded 81 research projects through the **Toxic Substances Research Initiative** which will provide more scientific and health effects information on persistent organic pollutants, metals, endocrine disrupting chemicals, urban air quality and cumulative environmental effects.
 - Continued development of national standards on mammography quality to maintain and enhance the quality of mammography for the improved diagnosis of breast cancer.
 - Promoted awareness of the mammography accreditation program of the Canadian Association of Radiologists to improve the proper and safe usage of effective mammography equipment.
 - Under responsibilities defined in the *Hazardous Products Act*, the Program:
 - carried out national enforcement activities for toys, lighters, matches, charcoal, carbonated beverage glass containers and teethingers;
 - promoted voluntary programs designed to ensure compliance with the flammability standards for upholstered furniture and with baby walker standards;
 - took enforcement actions against companies with noncomplying products;
 - carried out interventions to reduce lead content in children's products, including issuing 7,855 letters to manufacturers, distributors and importers of jewellery, requesting that lead content be limited to 65 mg/kg total lead.
 - Monitored activities under the *Tobacco Act* and Youth Access Regulations resulting in 69 percent retailer compliance.
 - Started a Youth Advisory Committee (YAC) to provide advice and relay the concerns and views of youth on tobacco issues to the Secretary of State for Children.
 - Introduced a proposed health warning message that would occupy 50 percent of the cigarette package, during National Non-Smoking Week.
 - Aired anti-smoking messages on TV, and ran ads in selected youth magazines during fall 1999, targeting youth aged 13-19.
 - The new Commercial Products Office (CPO) made proposals for the *Canada Health Protection Act* on environmental health priorities and for the existing legislation of the *Hazardous Products Act*, *Canadian Environmental Protection Act*, *Radiation Emitting Devices Act* and the *Canadian Environmental Assessment Act*. CPO officials met with industry, provinces, laboratories, health associations, regional and municipal governments to determine their legislative needs and provide information to the Environmental Health Program.
 - Collaborated with provinces and published a federal safety code for electromagnetic radiation (including telecommunication frequencies).
- < http://www.hc-sc.gc.ca/ehp/ehd/catalogue/rpb_pubs/99ehd237.pdf >



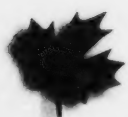
As the Canadian government lead in the development of the Globally Harmonized System (GHS) for classification and labelling of hazardous chemicals:

- established hazard criteria for pure chemical substances;
- agreed on hazard communication part of the GHS;
- agreed on certain criteria for classifying chemical mixtures.
- Under the Federal Nuclear Emergency Plan:
 - Hosted CANATEX 3/INEX 2, a major international nuclear emergency exercise, with more than 50 agencies from Canada, as well as the United States, France and over 30 other nations.
 - Developed national guidelines for control of food and water contaminated by a nuclear accident, for other nuclear emergency interventions, and for control of naturally occurring radioactive materials.
- Under the Comprehensive Test Ban Treaty:
 - Registered Vancouver as the first Canadian site survey for the radioactivity portion of the International Monitoring System, with the CTBT office in Vienna.
 - Established a National Radionuclide Laboratory capacity to monitor radiation fall-out in sites across Canada.

Contributions Program over \$5M:

(indicated in bold in text)

Toxic Substances Research Initiative



Service Line D: Disease Prevention and Control

Financial Information

(millions of dollars)

	1999-2000 Planned Spending	1999-2000 Total Authorities	1999-2000 Actual Spending
Net expenditures	\$53.6	\$50.0	\$43.3*

* This represents 16.3 percent of the Management of Risks to Health actual spending.

Web site: < <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/> >

Objective

To enable the Department to evaluate the efficacy and effectiveness of various prevention, screening/diagnosis, treatment and palliation methodologies for a wide range of human diseases.

Key Results Commitment (KRC) and Accomplishments



KRC 1.5 Effective disease prevention and control

Infectious Diseases

Accomplishments

- Developed a pilot integrated blood-borne disease surveillance system with standardized data analysis and interpretations in partnership with the provinces of British Columbia, Quebec and Prince Edward Island.
- Provided laboratory diagnostic support for comprehensive national and international surveillance of prion diseases; and scientific/technical services and advice regarding prion diagnostics and disease prevention/control for departments and external centres. Resulted in comprehensive epidemiologic data to support risk assessment, regulatory decision-making and policy that minimizes the impact on Canadian public health.
- Developed the Canadian Contingency Plan for pandemic influenza in conjunction with the provinces and territories. The Plan will continue to evolve with the purpose of mitigating the impact of the anticipated influenza pandemic.





Service Line D: Disease Prevention and Control

Financial Information

(millions of dollars)

	1999-2000 Planned Spending	1999-2000 Total Authorities	1999-2000 Actual Spending
Net expenditures	\$53.6	\$50.0	\$43.3*

* This represents 16.3 percent of the Management of Risks to Health actual spending.

Web site: < <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/> >

Objective

To enable the Department to evaluate the efficacy and effectiveness of various prevention, screening/diagnosis, treatment and palliation methodologies for a wide range of human diseases.

Key Results Commitment (KRC) and Accomplishments



KRC 1.5 Effective disease prevention and control

Infectious Diseases

Accomplishments

- Developed a pilot integrated blood-borne disease surveillance system with standardized data analysis and interpretations in partnership with the provinces of British Columbia, Quebec and Prince Edward Island.
- Provided laboratory diagnostic support for comprehensive national and international surveillance of prion diseases; and scientific/technical services and advice regarding prion diagnostics and disease prevention/control for departments and external centres. Resulted in comprehensive epidemiologic data to support risk assessment, regulatory decision-making and policy that minimizes the impact on Canadian public health.
- Developed the Canadian Contingency Plan for pandemic influenza in conjunction with the provinces and territories. The Plan will continue to evolve with the purpose of mitigating the impact of the anticipated influenza pandemic.



Non-Infectious Diseases, Conditions and Injuries

Accomplishment

- Initiated development of the National Diabetes Surveillance System. Resulted in improved quality of surveillance information nationally. Assumed a leadership role in Asthma Control Task Force; and the identification and assessment of other chronic non-communicable disease areas that may benefit from intervention strategies.

Laboratory Surveillance and Support

Accomplishments

- Notified public health officials regarding emerging global public health events, and subsequently collaborated and shared knowledge about these events. Clients have used this information to reduce health risks to Canadians, whether at home or abroad, from globally-occurring public health related events. World Health Organization has acted on information provided by the Global Public Health Information Network (GPHIN) to coordinate a global early response to public health risks and hazards. Domestic clients use GPHIN outputs to assess health risks and make better decisions to protect the health of Canadians.
- Developed a national surveillance system to detect outbreaks of enteric diseases, and established an electronic outbreak alert system that permits the rapid acquisition of data on enteric, food-borne and water-borne diseases. The system also supports public health actions at local, provincial and federal government levels by facilitating early detection and intervention. This has resulted in a national surveillance database to identify national and provincial disease trends.
- Provided national surveillance databases on reported cases of HIV and AIDS, and semi-annual reports, Epi Updates, and other publications to interested parties. This information has been used to more effectively guide prevention and control programs including the development of a better ability to address the HIV/AIDS problem of First Nations communities.

Progress on the Implementation of the Auditor General's Recommendations, Chapter 14, September 1999 - National Health Surveillance

- Refer to the Health Policy, Planning and Information Business Line (See page 73) for information on progress in regards to the National Health Surveillance Infostructure (NHSI) network.
- In June 1999 the Conference of Deputy Ministers provided support to proceed with the Network for Health Surveillance in Canada (NHSC), together with an F/P/T coordinating body (Health Surveillance Working Group).



- Signed a protocol with the Canadian Food Inspection Agency to manage food-borne illness outbreaks. The protocol has been used in a number of outbreaks. Currently provinces and territories are being consulted with a view to signatures by all jurisdictions.
- Established operational procedures at four major international airports for intercepting travelers with potentially dangerous infectious diseases.
- Put FPT plan in place for dealing with transport of level 4 agents (e.g. Anthrax, Multiple Drug Resistant Tuberculosis and Smallpox). Every province is trained in how to respond and ship these materials.
- Established a formal agreement between the Laboratory Centre for Disease Control and the provinces and territories concerning breast screening programs, such as the Canadian Breast Cancer Screening Database, to support program evaluation and monitoring.



Service Line E: Occupational Health and Safety Agency

Financial Information

(millions of dollars)

	1999-2000 Planned Spending	1999-2000 Total Authorities	1999-2000 Actual Spending
Gross expenditures	\$28.2	\$29.7	\$28.9
Expected revenue	(\$5.3)	(\$5.3)	(\$4.5)
Net expenditures	\$22.9	\$24.4	\$24.4*

* This represents 9.2 percent of the Management of Risks to Health actual spending.

Web site: < <http://www.hc-sc.gc.ca/ohsa/nehsi.htm> >

Objective

To provide a broad range of direct occupational and public health and safety services and advice to all levels of the public sector, as well as federally regulated and non-governmental organizations. To continue to work with other parts of Health Canada to protect the health of the Canadian population from incoming quarantinable diseases. To protect the health of visiting VIPs in Canada.

Key Results Commitment (KRC), Strategy and Accomplishments



KRC 1.6 Effective occupational health and safety services available and accessible to federal departments

Strategy

Work with federal government departments to define a new "business relationship"

Accomplishments

The Occupational Health and Safety Agency (OHSA) has been working with federal clients to improve the effectiveness of program delivery through bilateral planning of requirements and timing of service delivery. Memoranda of Agreement including work planning, budget forecasting and utilization and feedback to departments on numbers and types of services received from the Agency have been instituted.

- Established a Management Advisory Board.
- 16 agreements signed with departments.



Service Line E: Occupational Health and Safety Agency

Financial Information

(millions of dollars)

	1999-2000 Planned Spending	1999-2000 Total Authorities	1999-2000 Actual Spending
Gross expenditures	\$28.2	\$29.7	\$28.9
Expected revenue	(\$5.3)	(\$5.3)	(\$4.5)
Net expenditures	\$22.9	\$24.4	\$24.4*

* This represents 9.2 percent of the Management of Risks to Health actual spending.

Web site: < <http://www.hc-sc.gc.ca/ohsa/nehsi.htm> >

Objective

To provide a broad range of direct occupational and public health and safety services and advice to all levels of the public sector, as well as federally regulated and non-governmental organizations. To continue to work with other parts of Health Canada to protect the health of the Canadian population from incoming quarantinable diseases. To protect the health of visiting VIPs in Canada.

Key Results Commitment (KRC), Strategy and Accomplishments



KRC 1.6 Effective occupational health and safety services available and accessible to federal departments

Strategy

Work with federal government departments to define a new "business relationship"

Accomplishments

The Occupational Health and Safety Agency (OHSA) has been working with federal clients to improve the effectiveness of program delivery through bilateral planning of requirements and timing of service delivery. Memoranda of Agreement including work planning, budget forecasting and utilization and feedback to departments on numbers and types of services received from the Agency have been instituted.

- Established a Management Advisory Board.
- 16 agreements signed with departments.



- 67 presentations given by the CEO across Canada to managers in all federal departments regarding due diligence and planning good OSH programs. Regional staff participated in numerous others meetings aimed at increasing knowledge on emerging issues and improving existing services.
- Implemented an Assignment Management System.
- Provided quarterly reports on services to clients.
- Evaluated OSH capabilities in client departments.
- Protected the health of VIPs during the Francophone and First Ladies Summits in partnership with Department of Foreign Affairs and International Trade and Canadian Heritage.

Partners are the departments and agencies which are included in Schedule I of the *Public Service Staff Relations Act*.

Both the Agency and client departments benefited from efficient planning of service needs and the reporting back on accomplishments.



Service Line F: Emergency Services

Financial Information

(millions of dollars)

	1999-2000 Planned Spending	1999-2000 Total Authorities	1999-2000 Actual Spending
Gross expenditures	\$1.6	\$1.8	\$1.9
Expected revenue	(\$0.1)	(\$0.1)	(\$0.1)
Net expenditures	\$1.5	\$1.7	\$1.8*

* This represents 0.7 percent of the Management of Risks to Health actual spending.

Web site: < http://www.hc-sc.gc.ca/msb/emergency/index_e.htm >

Objective

To support health care and social service systems when disasters occur.

Key Results Commitment (KRC) and Accomplishments



KRC 1.7 Effective response to natural and man-made disasters

Accomplishments

- Maintained the national emergency services stockpile, a supply of medical equipment, supplies and pharmaceuticals to support the delivery of emergency health and social services in times of disaster.
- Held a two-day exercise in April 1999, to test the Federal Nuclear Emergency Plan. Following the exercise, a review was conducted and a report prepared in cooperation with Radiation Protection Bureau. Lessons learned from the exercise will be incorporated into the Plan in order to have an improved response to such an event and better protect the health of Canadians.
- Delivered, with the cooperation of the provinces, training and seminars for emergency and social planners as well as responders from hospitals and social service agencies, on emergency health and social services preparedness.
- Produced guidelines related to emergency programs such as food services, lodging, registration of evacuees and response to enquiries about missing persons for provincial and municipal emergency and social planners as well as for non-governmental organizations.



Service Line G: Pest Management Regulation

Financial Information

(millions of dollars)

	1999-2000 Planned Spending	1999-2000 Total Authorities	1999-2000 Actual Spending
Gross expenditures	\$16.1	\$25.8	\$26.6
Expected revenue	(\$0.2)	(\$6.5)	(\$7.3)
Net expenditures	\$15.9	\$19.3	\$19.3*

* This represents 7.3 percent of the Management of Risks to Health actual spending.

Web site: < http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/english/MenuPages/MainMenu_NC2.htm >

Objective

To protect human health and the environment by minimizing the risks associated with pest control products, while enabling access to pest management tools, namely, these products and sustainable pest management strategies.

Key Results Commitment (KRC), Strategies and Accomplishments



KRC 1.8 Safe and effective pest control products

Strategy 1

Sound, progressive science, including innovative approaches to sustainable pest management

Accomplishments

- Conducted broad consultation on an enhanced reevaluation program - the goal is to reevaluate all pesticides registered up to December 31, 1994 by 2005-2006 in order to ensure that they meet current safety standards (see Web site above under Publications/Guidelines/Regulatory Proposals/1993-1999/Pro99-01).



Service Line F: Emergency Services

Financial Information

(millions of dollars)

	1999-2000 Planned Spending	1999-2000 Total Authorities	1999-2000 Actual Spending
Gross expenditures	\$1.6	\$1.8	\$1.9
Expected revenue	(\$0.1)	(\$0.1)	(\$0.1)
Net expenditures	\$1.5	\$1.7	\$1.8*

* This represents 0.7 percent of the Management of Risks to Health actual spending.

Web site: < http://www.hc-sc.gc.ca/msb/emergency/index_e.htm >

Objective

To support health care and social service systems when disasters occur.

Key Results Commitment (KRC) and Accomplishments



KRC 1.7 Effective response to natural and man-made disasters

Accomplishments

- Maintained the national emergency services stockpile, a supply of medical equipment, supplies and pharmaceuticals to support the delivery of emergency health and social services in times of disaster.
- Held a two-day exercise in April 1999, to test the Federal Nuclear Emergency Plan. Following the exercise, a review was conducted and a report prepared in cooperation with Radiation Protection Bureau. Lessons learned from the exercise will be incorporated into the Plan in order to have an improved response to such an event and better protect the health of Canadians.
- Delivered, with the cooperation of the provinces, training and seminars for emergency and social planners as well as responders from hospitals and social service agencies, on emergency health and social services preparedness.
- Produced guidelines related to emergency programs such as food services, lodging, registration of evacuees and response to enquiries about missing persons for provincial and municipal emergency and social planners as well as for non-governmental organizations.



Service Line G: Pest Management Regulation

Financial Information

(millions of dollars)

	1999-2000 Planned Spending	1999-2000 Total Authorities	1999-2000 Actual Spending
Gross expenditures	\$16.1	\$25.8	\$26.6
Expected revenue	(\$0.2)	(\$6.5)	(\$7.3)
Net expenditures	\$15.9	\$19.3	\$19.3*

* This represents 7.3 percent of the Management of Risks to Health actual spending.

Web site: < http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/english/MenuPages/MainMenu_NC2.htm >

Objective

To protect human health and the environment by minimizing the risks associated with pest control products, while enabling access to pest management tools, namely, these products and sustainable pest management strategies.

Key Results Commitment (KRC), Strategies and Accomplishments



KRC 1.8 Safe and effective pest control products

Strategy 1

Sound, progressive science, including innovative approaches to sustainable pest management

Accomplishments

- Conducted broad consultation on an enhanced reevaluation program - the goal is to reevaluate all pesticides registered up to December 31, 1994 by 2005-2006 in order to ensure that they meet current safety standards (See Web site above under Publications/Guidelines/Regulatory Proposals/1993-1999/Pro99-01).



- Negotiated an agreement with Canola Council of Canada for voluntary phase out of canola seed treatment with lindane in light of national and international concerns about its persistence, long-range transport and widespread occurrence in the environment.
- Established a partnership arrangement with Standards Council of Canada to establish and maintain a Good Laboratory Practices (GLP) Compliance Monitoring Program (GLP promotes the quality and validity of test data supporting pesticide registrations) - 11 test facilities/field sites recognized as in compliance.
- Continued participation on the Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) Pesticide Risk Reduction Steering Committee which developed plans for pesticide risk indicator pilot projects by member countries in 2000.
- Tested systems for collection and processing of sales data and reached agreement for member companies of Crop Protection Institute and Canadian Manufacturers of Chemical Specialities to voluntarily submit sales data beginning April 2000, while development of a proposed regulation to require all registrants to submit sales data annually continues.

Conducted approximately 2,500 investigations, inspections and consultations, supported by approximately 1,300 laboratory analyses, to promote and verify compliance with the *Pest Control Products Act (PCPA)*

Strategy 2

Open, transparent, participatory regulatory processes, and timely access to new, safer pest control products

Accomplishments

- Met the 18 month review performance standard for 34 complex submissions to register new active ingredients or major new uses of registered pesticides, according to the old system (transition to new system caused delays of 2-16 days for eight submissions).
- Met the 12 month performance standard for joint Canada/US reviews, resulting in simultaneous registration of a reduced risk fungicide for use on grapes, strawberries and ornamentals.
- Refined proposals for new pesticide legislation.
- Held two meetings of Pest Management Advisory Council, resulting in advice to Minister on legislation and on integrated pest management, continued collaboration with provinces/territories through Federal-Provincial-Territorial Committee on Pest Management and Pesticides and considered strategic advice on streamlining operations and reducing costs provided by Economic Management Advisory Committee.



- Published five Proposed Regulatory Decision Documents to consult on proposed full registration of new active ingredients and one Regulatory Decision Document to report final registration decision following consideration of comments received.

Strategy 3

Effective management of human and financial resources

Accomplishments

- Stayed on track to achieve a 40 percent efficiency gain in the review of submissions for new products by the end of 2004, having increased efficiency by 23 percent in the two years since 1997 - further gains are dependent on industry filing submissions that meet screening standards, filing electronic submissions and/or filing submissions for joint review by Canada and the US.
- Held the first meeting of "North American Market for Pesticides", including senior officials from Pest Management Regulatory Agency (PMRA), Agriculture and Agri-Food Canada, US Environmental Protection Agency, US Department of Agriculture and representatives of grower organizations and pesticide industry, to promote harmonization, minimize potential for trade irritants and improve communication and collaboration among growers, pesticide industry, regulators and departments of agriculture.
- Conducted a joint industry-PMRA pilot to compare review processes using three formats: Web browser-based (first ever for a pesticide submission), computer-aided dossier and data supply (CADDY) and traditional hard copy - results indicated that electronic capacity will result in efficiency gains for the review of complex submissions.
- Conducted extensive staff training on electronic review templates and standardized review processes for major categories of pesticide submissions as part of Government of Canada On-Line preparedness.





Service Line H: Canadian Blood Secretariat

Financial Information

(millions of dollars)

	1999-2000 Planned Spending	1999-2000 Total Authorities	1999-2000 Actual Spending
Net expenditures	\$41.7	\$43.9	\$42.1*

* This represents 15.9 percent of the Management of Risks to Health actual spending.

Web site: < <http://www.hc-sc.gc.ca> >

Objective

To provide Health Canada with a blood system policy, planning and coordination capacity to ensure the Department's regulatory, surveillance, and blood governance program functions are coordinated in the best interests of all key players in the blood system.

Key Results Commitment (KRC) and Accomplishments



KRC 1.2 Safe and effective blood and blood products

Accomplishments

- Assisted the Laboratory Centre for Disease Control in the development of a comprehensive surveillance and investigation capability, as well as a research and development agenda for dealing with blood-borne viruses. Projects included Creutzfeldt-Jakob Disease (CJD) and other Prion Surveillance; Blood-borne Pathogens; Public Health Investigations of Emerging Blood-borne Pathogens; hospital-based surveillance and clinical epidemiological studies.
- Participated in the planning of Transfusion Transmitted Injuries Surveillance System (TTISS). The system will provide a central transfusion registry in each of the pilot sites (B.C., Quebec, Nova Scotia, P.E.I) to collect data on moderate and severe adverse events among recipients of blood and blood products.



Service Line H: Canadian Blood Secretariat

Financial Information

(millions of dollars)

	1999-2000 Planned Spending	1999-2000 Total Authorities	1999-2000 Actual Spending
Net expenditures	\$41.7	\$43.9	\$42.1*

* This represents 15.9 percent of the Management of Risks to Health actual spending.

Web site: < <http://www.hc-sc.gc.ca> >

Objective

To provide Health Canada with a blood system policy, planning and coordination capacity to ensure the Department's regulatory, surveillance, and blood governance program functions are coordinated in the best interests of all key players in the blood system.

Key Results Commitment (KRC) and Accomplishments



KRC 1.2 Safe and effective blood and blood products

Accomplishments

- Assisted the Laboratory Centre for Disease Control in the development of a comprehensive surveillance and investigation capability, as well as a research and development agenda for dealing with blood-borne viruses. Projects included Creutzfeldt-Jakob Disease (CJD) and other Prion Surveillance; Blood-borne Pathogens; Public Health Investigations of Emerging Blood-borne Pathogens; hospital-based surveillance and clinical epidemiological studies.
- Participated in the planning of Transfusion Transmitted Injuries Surveillance System (TTISS). The system will provide a central transfusion registry in each of the pilot sites (B.C., Quebec, Nova Scotia, P.E.I) to collect data on moderate and severe adverse events among recipients of blood and blood products.



- Assisted in developing regulatory and operational policies on blood, tissues, organs and xenographs (BTOX). The policies are designed to mitigate the risk of transmission of diseases, such as HIV/AIDS and Hepatitis C, thereby contributing to the health and safety of all Canadians who rely on blood, tissues and organs for therapeutic purposes.
- Provided records management, policy, administrative and litigation support to the Department of Justice in negotiations and litigation relating to blood-borne diseases such as Hepatitis C, HIV.
- Assisted and facilitated the ongoing RCMP investigation by developing and maintaining an extensive repository of departmental documents which were turned over to the RCMP under warrant.
- Supported the National Blood Safety Council in hosting three national open forums on blood related topics: Krever's Recommendations: Status and Questions, CJD and Issues for the Blood System and Shortages of Intravenous Immune Globulins and other Plasma Products.



Business Line 2: Promotion of Population Health

Financial Information

(millions of dollars)

	1999-2000 Planned Spending	1999-2000 Total Authorities	1999-2000 Actual Spending
Net expenditures	\$215.1	\$238.7	\$238.7*
Statutory payment	-	\$855.3	\$855.3

* This represents 11.7 percent of the Department's actual spending. This percentage excludes the one-time court ordered Hepatitis C payment of \$855.3M to allow for comparability with previous year.

Web site: < <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb> >

Objective

To promote population health through action on the social and behavioural determinants of health.

Commitment, Key Results Commitments (KRC) and Accomplishments

Commitment

To provide Canadians with an approach to improving health that acts on the determinants of health to promote healthy behaviours and attitudes and prevent disease and injury.



KRC 2.1 Public awareness and understanding of the factors that determine individual and collective health and the actions to take to maintain and/or improve health

Accomplishments

- Released *Nutrition for a Healthy Pregnancy: National Guidelines for the Childbearing Years*, which uses the population health approach to address maternal nutritional well-being, pregnancy outcome, and related women's health issues throughout the childbearing years. The Guidelines, intended for use by health professionals, are endorsed by: the Dietitians of Canada, Society of



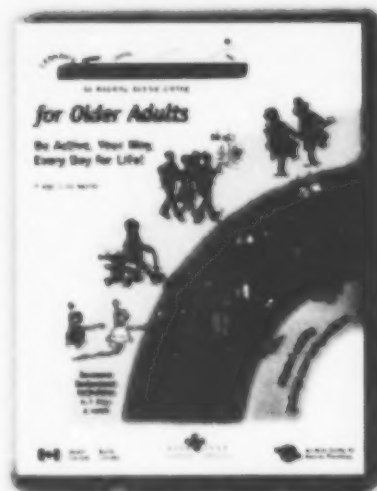
Obstetricians and Gynaecologists of Canada, the College of Family Physicians of Canada and the F/P/T Group on Nutrition. For further information visit:

< <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/nutrition> >

- Continued implementation of the Postpartum Parent Support Program in over 600 hospital and community health sites across Canada to provide educational support to families of newborn infants during the postpartum period. < http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/childhood-youth/guide/health_prenatal/postpartum.htm >
- Released *Because Life Goes On...Helping Children and Youth Live with Separation and Divorce* (3rd edition), in partnership with Justice Canada. Intended for families as well as health, social service, justice and education professionals, the revised edition provides Canadians with more up-to-date information on family mediation and on the ways in which mental health promotion relates to separation and divorce as they affect the family.

< <http://www.mentalhealthpromotion.com> >

- Released *Canada's Physical Activity Guide for Healthy Active Living for Older Adults*, a practical tool for older adults to become more physically active. The Guide was developed in partnership with the Canadian Society for Exercise Physiology and the Active Living Coalition for Older Adults. The Guide is available at < <http://www.paguide.com/older-aines/english/index.html> > or by phone at 1-888-334-9769.
- Launched the National Advisory Council on Aging (NACA) report entitled *1999 and Beyond: Challenges of an Aging Canadian Society*. This document outlines the key issues, challenges and



opportunities facing public policy makers and all those interested in issues raised by the aging population.

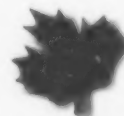
< <http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines> >

- Funded through the **Hepatitis C Prevention, Support and Research Program** over 40 community-based initiatives, 12 national projects and 18 research projects. These projects have assisted those who are infected with, affected by, or at risk of the Hepatitis C virus (HCV), helped strengthen national capacity to address HCV, and provided further knowledge on HCV and potential ways to prevent the spread of the virus.

International Year of Older Persons (IYOP)

Health Canada's **Population Health Fund**, provided funding and expertise to 51 later life projects pertaining to IYOP. The projects addressed a number of seniors' health issues while being consistent with the Canadian objectives for the IYOP. More information is available at:

< <http://iyop-aiipa.ic.gc.ca/> >



Business Line 2: Promotion of Population Health

Financial Information

(millions of dollars)

	1999-2000 Planned Spending	1999-2000 Total Authorities	1999-2000 Actual Spending
Net expenditures	\$215.1	\$238.7	\$238.7*
Statutory payment	-	\$855.3	\$855.3

* This represents 11.7 percent of the Department's actual spending. This percentage excludes the one-time court ordered Hepatitis C payment of \$855.3M to allow for comparability with previous year.

Web site: < <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb> >

Objective

To promote population health through action on the social and behavioural determinants of health.

Commitment, Key Results Commitments (KRC) and Accomplishments

Commitment

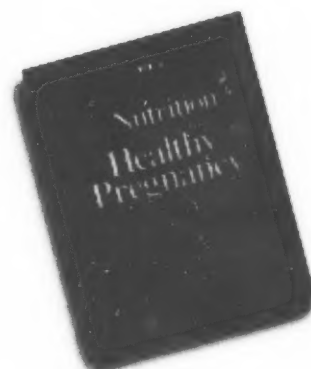
To provide Canadians with an approach to improving health that acts on the determinants of health to promote healthy behaviours and attitudes and prevent disease and injury.



KRC 2.1 Public awareness and understanding of the factors that determine individual and collective health and the actions to take to maintain and/or improve health

Accomplishments

- Released *Nutrition for a Healthy Pregnancy: National Guidelines for the Childbearing Years*, which uses the population health approach to address maternal nutritional well-being, pregnancy outcome, and related women's health issues throughout the childbearing years. The Guidelines, intended for use by health professionals, are endorsed by: the Dietitians of Canada, Society of



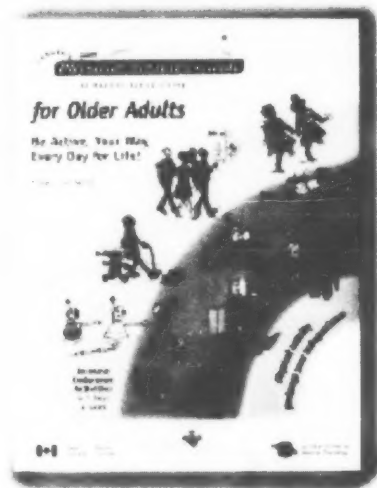
Obstetricians and Gynaecologists of Canada, the College of Family Physicians of Canada and the F/P/T Group on Nutrition. For further information visit:

< <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/nutrition> >

- Continued implementation of the Postpartum Parent Support Program in over 600 hospital and community health sites across Canada to provide educational support to families of newborn infants during the postpartum period. < http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/childhood-youth/guide/health_prenatal/postpartum.htm >
- Released *Because Life Goes On...Helping Children and Youth Live with Separation and Divorce* (3rd edition), in partnership with Justice Canada. Intended for families as well as health, social service, justice and education professionals, the revised edition provides Canadians with more up-to-date information on family mediation and on the ways in which mental health promotion relates to separation and divorce as they affect the family.

< <http://www.mentalhealthpromotion.com> >

- Released *Canada's Physical Activity Guide for Healthy Active Living for Older Adults*, a practical tool for older adults to become more physically active. The Guide was developed in partnership with the Canadian Society for Exercise Physiology and the Active Living Coalition for Older Adults. The Guide is available at < <http://www.paguide.com/older-aines/english/index.html> > or by phone at 1-888-334-9769.
- Launched the National Advisory Council on Aging (NACA) report entitled *1999 and Beyond: Challenges of an Aging Canadian Society*. This document outlines the key issues, challenges and



opportunities facing public policy makers and all those interested in issues raised by the aging population.

< <http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines> >

International Year of Older Persons (IYOP)

Health Canada's **Population Health Fund**, provided funding and expertise to 51 later life projects pertaining to IYOP. The projects addressed a number of seniors' health issues while being consistent with the Canadian objectives for the IYOP. More information is available at:

< <http://iyop-aipa.ic.gc.ca/> >

- Funded through the **Hepatitis C Prevention, Support and Research Program** over 40 community-based initiatives, 12 national projects and 18 research projects. These projects have assisted those who are infected with, affected by, or at risk of the Hepatitis C virus (HCV), helped strengthen national capacity to address HCV, and provided further knowledge on HCV and potential ways to prevent the spread of the virus.



- Developed the new Canadian Diabetes Strategy composed of four major components: an epidemiological surveillance system, the Aboriginal Diabetes Initiative, a prevention and promotion component and a national coordination system. Key partners include: provincial and territorial governments, Aboriginal organizations, non-governmental organizations involved in diabetes prevention and control, academic organizations, professional organizations, and private sector organizations.
- Improved the Canadian Breast Cancer Initiative through renewed funding, and a collaborative effort of all levels of government, professional associations, non-governmental organizations, academics, and women with cancer. The program builds on the existing Initiative with improved access and participation in quality early detection and screening programs, client-centred approaches to early detection and screening including a focus on post-screen professional practices, primary prevention, and community capacity building for breast cancer information and support.
- Launched Supporting Self Care: A Shared Initiative which assists health care professionals to support self care in their practice and education. The program solicits, selects, funds and monitors interdisciplinary projects that can take place in clinical practice settings or in educational settings.
- Launched the Canadian Health Network (CHN), an Internet-based service that ensures Canadians have access to trustworthy information on healthier lifestyles, the prevention of disease, self care and the performance of the health system.



< <http://www.canadian-health-network.ca/> >

- Released *Report from Consultations on a Framework for Sexual and Reproductive Health* which outlines a comprehensive assessment of sexual and reproductive health issues in Canada. Developed with input from F/P/T governments, and non-governmental organizations, the Report represents a national discussion on sexual and reproductive health, providing a basis for future policy, program planning, related decision-making and collaborative actions. The Report can be found at:

< <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/srh> >

Web-based sexuality education workshops have been developed for health educators working with teenage students, and are available at:

< <http://hc-sc.gc.ca/hppb/srh> >

- Designed a rural health funding program, in collaboration with the provinces and territories, as part of Innovations in Rural and Community Health. The objectives of the funding program are at: < <http://www.hc-sc.gc.ca/ruralhealth/> >



- Negotiated new contribution agreements for the **Alcohol and Drug Treatment and Rehabilitation (ADTR) Program** between federal and provincial/territorial governments. This will ensure improved access to effective treatment and rehabilitation programs and services by Canadians with alcohol and drug problems. Youth are the prime target group for services funded under ADTR although the special needs of other populations at risk are also targeted.
- Engaged all partners of the **Canadian Strategy on HIV/AIDS** in developing a priority setting and work planning model for the strategy. Agreement on the model is the first step in ensuring sustained national action on HIV/AIDS.



KRC 2.2 A reduction in health inequalities for specific population groups and improvements in their health status

Accomplishments

There are 110 **Aboriginal Head Start** projects serving about 3,500 Aboriginal children and their families in urban centres and large northern communities across Canada. Distinguishing features of this program include local Aboriginal control and a strong culture and language component. Further information can be found at: < <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/childhood-youth/acy/ahs.htm> >

- Completed the 1999-2000 **Community Action Program for Children (CAPC)** and the **Canada Prenatal Nutrition Program (CPNP)** Project Renewal exercise to ensure that community based projects, serving more than 17,000 pregnant women living in conditions of risk are well managed, financially accountable, reflect the CAPC/CPNP guiding principles and are continuing to meet objectives.

< <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/childhood-youth/cbp.html> >

- Ongoing development of up to five Centres of Excellence for Children's Well-Being. The Centres will advance knowledge, disseminate information and influence future policy and program decisions to meet health

needs of children. < <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/childhood-youth/centres/index2.html> >

Back to Sleep Program

Health Canada has partnered with The Canadian Foundation for Study of Infant Deaths, Canadian Paediatric Society, Canadian Institute of Child Health, and corporate partner Proctor & Gamble to inform parents, caregivers and health professionals of the risk factors related to Sudden Infant Death Syndrome.

The National Clearinghouse on Family Violence, promotes family violence prevention and supports the federal government in helping Canadians reduce the occurrence of violence in their communities.

< <http://www.hc-sc.gc.ca/nc-cn> >





- Negotiated new contribution agreements for the **Alcohol and Drug Treatment and Rehabilitation (ADTR) Program** between federal and provincial/territorial governments. This will ensure improved access to effective treatment and rehabilitation programs and services by Canadians with alcohol and drug problems. Youth are the prime target group for services funded under ADTR although the special needs of other populations at risk are also targeted.
- Engaged all partners of the **Canadian Strategy on HIV/AIDS** in developing a priority setting and work planning model for the strategy. Agreement on the model is the first step in ensuring sustained national action on HIV/AIDS.



KRC 2.2 A reduction in health inequalities for specific population groups and improvements in their health status

Accomplishments

There are 110 **Aboriginal Head Start** projects serving about 3,500 Aboriginal children and their families in urban centres and large northern communities across Canada. Distinguishing features of this program include local Aboriginal control and a strong culture and language component. Further information can be found at: < <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/childhood-youth/acy/ahs.htm> >

- Completed the 1999-2000 **Community Action Program for Children (CAPC)** and the **Canada Prenatal Nutrition Program (CPNP)** Project Renewal exercise to ensure that community based projects, serving more than 17,000 pregnant women living in conditions of risk are well managed, financially accountable, reflect the CAPC/CPNP guiding principles and are continuing to meet objectives.

< <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/childhood-youth/cbp.html> >

- Ongoing development of up to five Centres of Excellence for Children's Well-Being. The Centres will advance knowledge, disseminate information and influence future policy and program decisions to meet health

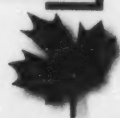
needs of children. < <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/childhood-youth/centres/index2.html> >

Back to Sleep Program

Health Canada has partnered with The Canadian Foundation for Study of Infant Deaths, Canadian Paediatric Society, Canadian Institute of Child Health, and corporate partner Proctor & Gamble to inform parents, caregivers and health professionals of the risk factors related to Sudden Infant Death Syndrome.

The National Clearinghouse on Family Violence, promotes family violence prevention and supports the federal government in helping Canadians reduce the occurrence of violence in their communities.

< <http://www.hc-sc.gc.ca/nc-cn> >





- Developed and implemented the 1999 *General Social Survey Victimization Report*, in partnership with Statistics Canada and other federal departments. The information will be used in the development of policies and programs addressing the prevention of family violence.
- Hosted, under the **Canadian Strategy on HIV/AIDS**, Dialogue on HIV/AIDS: Policy Dilemmas Facing Governments, the first international policy dialogue on HIV/AIDS. The conference agenda focussed on at-risk populations.
- Organized and helped plan, in consultation with the Aboriginal community, the Aboriginal HIV/AIDS Summit, which brought together key stakeholders within Aboriginal communities and organizations across Canada, and government officials. The Summit resulted in agreement on a process to better coordinate Aboriginal HIV/AIDS activities under the **Canadian Strategy on HIV/AIDS**.



KRC 2.3 The impacts on health of existing or new policies, practices, programs and services are assessed and taken into account by the private, public and voluntary sectors

Accomplishments

- Supported national voluntary health organizations in the areas of training, skill development or policy, further strengthening the capacity of the volunteer sector in its ability to provide better programs/services to Canadians.
- Established the Canadian Population Health Initiative (CPHI) and its first governing Council in partnership with Statistics Canada, the Canadian Institute for Health Information, the F/P/T Advisory Committee on Population Health and a pan-Canadian network of population health researchers. The CPHI provides leadership in Canada by bringing together researchers and decision makers from across the country to define priorities for research on the broad factors that influence health.

< <http://www.cihi.ca/Roadmap/CPHI/start.htm> >



KRC 2.4 A reduction in tobacco caused illness and death

Accomplishments

- Launched two new advertising campaigns aimed at educating the public on the toxic constituents of tobacco smoke and the addictiveness of tobacco products. More information is available at:

< <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/tobacco> >



- Developed and implemented the 1999 *General Social Survey Victimization Report*, in partnership with Statistics Canada and other federal departments. The information will be used in the development of policies and programs addressing the prevention of family violence.
- Hosted, under the **Canadian Strategy on HIV/AIDS**, Dialogue on HIV/AIDS: Policy Dilemmas Facing Governments, the first international policy dialogue on HIV/AIDS. The conference agenda focussed on at-risk populations.
- Organized and helped plan, in consultation with the Aboriginal community, the Aboriginal HIV/AIDS Summit, which brought together key stakeholders within Aboriginal communities and organizations across Canada, and government officials. The Summit resulted in agreement on a process to better coordinate Aboriginal HIV/AIDS activities under the **Canadian Strategy on HIV/AIDS**.



KRC 2.3 The impacts on health of existing or new policies, practices, programs and services are assessed and taken into account by the private, public and voluntary sectors

Accomplishments

- Supported national voluntary health organizations in the areas of training, skill development or policy, further strengthening the capacity of the volunteer sector in its ability to provide better programs/services to Canadians.
- Established the Canadian Population Health Initiative (CPHI) and its first governing Council in partnership with Statistics Canada, the Canadian Institute for Health Information, the F/P/T Advisory Committee on Population Health and a pan-Canadian network of population health researchers. The CPHI provides leadership in Canada by bringing together researchers and decision makers from across the country to define priorities for research on the broad factors that influence health.

< <http://www.cihi.ca/Roadmap/CPHI/start.htm> >

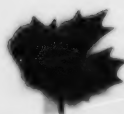


KRC 2.4 A reduction in tobacco caused illness and death

Accomplishments

- Launched two new advertising campaigns aimed at educating the public on the toxic constituents of tobacco smoke and the addictiveness of tobacco products. More information is available at:

< <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/tobacco> >



- Created the Youth Advisory Committee (YAC) on tobacco, which provides advice on issues and activities regarding tobacco and young Canadians. The YAC is comprised of 17 members (aged 13 to 19) from across Canada who reflect the diversity of Canadian society. More information on the YAC is available at:
< <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/tobacco/yac/yac/index.html> >
- Released the *Guildford documents* which profile the marketing and promotional strategies used by tobacco companies and increase understanding of the tobacco industry's knowledge of the health consequences and addictive nature of cigarettes.
- Announced proposed changes to warning labels for tobacco products. The proposed labelling regulations require that the packaging of tobacco products include smoking cessation information, information on tobacco related diseases, increased disclosure of toxins contained in tobacco products, and graphics which display the effects of tobacco use on the human body.

Grants and Contributions Programs over \$5M:

(indicated in bold throughout text)

Grants:

Canadian Strategy on HIV/AIDS
Hepatitis C Prevention, Support and Research Program
Population Health Fund

Contributions:

Alcohol and Drug Treatment and Rehabilitation Program
Canada Prenatal Nutrition Program
Canadian Strategy on HIV/AIDS
Community Action Program for Children
Hepatitis C Prevention, Support and Research Program
Population Health Fund



Business Line 3: Aboriginal Health

Financial Information

(millions of dollars)

	1999-2000 Planned Spending	1999-2000 Total Authorities	1999-2000 Actual Spending
Gross expenditures	\$1,158.5	\$1,157.4	\$1,155.1
Expected revenue	(\$9.1)	(\$9.1)	(\$8.8)
Net expenditures	\$1,149.4	\$1,148.3	\$1,148.3*

* This represents 56.3 percent of the Department's actual spending. This percentage is based on total departmental spending excluding the one-time court ordered Hepatitis C payment of \$855.3M in Promotion of Population Health to allow for comparability with previous year.

Web site: < http://www.hc-sc.gc.ca/msb/msb_e.htm >

Objective

To assist Aboriginal communities and people in addressing health inequalities and disease threats and in attaining a level of health comparable to that of other Canadians, and to ensure the availability of, or access to, health services for registered First Nations people and Inuit.

Commitment, Key Results Commitments (KRC) and Accomplishments

Commitment

To provide sustainable health services and programs for First Nations and Inuit communities and people that address health inequalities and disease threats so that they may attain a level of health comparable with that of other Canadians, within the context of First Nations and Inuit autonomy and control.

The services provided under the Aboriginal Health Business Line are targeted towards First Nations living on-reserve and Inuit populations. This Business Line works closely with both the Assembly of First Nations and the Inuit Tapirisat of Canada. Other national partners include the Métis National Council, the Congress of Aboriginal People and the Native Women's Association of Canada. Stakeholders are also found at the provincial and community level, including the First Nations and Inuit people themselves.





KRC 3.1 Improvements in First Nations and Inuit people's health and a reduction in health inequalities between them and other Canadians

KRC 3.2 A First Nations and Inuit population that is informed and aware of the factors that affect health and what actions can be taken to improve health

Health Canada provides on-reserve community-based disease prevention and health promotion programs.

Accomplishments

- Distributed a *Planning Resource Kit* to First Nations and Inuit communities which assisted 400 communities with the implementation planning process of the Home and Community Care Program (HCC). The HCC pilot projects were evaluated and the program and accountability framework and funding formula were developed and implemented.
- Approved 203 projects under the **Aboriginal Head Start (AHS)** On-Reserve Program; a National Evaluation Framework was developed; a *National Annual Report* was produced and a National Training Workshop was held focussing on best practices in Head Start programs. Approximately 6,500 children on-reserve have received **AHS** services nationally.
- Drafted an Aboriginal Diabetes Framework in consultation with communities, which led to the establishment of a working group of Aboriginal experts. Twelve First Nations diabetes prevention programs were funded for one year.
- The proposed Aboriginal Health Institute has been incorporated as the Organization for the Advancement of Aboriginal Peoples' Health (OAAPH) and has received funding for five years. The OAAPH will provide improved analysis and dissemination of information and research on Aboriginal health and increase partnership, capacity and support for Aboriginal health.
- Completed an environmental scan to review existing **mental health** programs and a framework was drafted outlining means to address mental health issues in First Nations and Inuit communities and to develop practical solutions and policies.
- Established a National Steering Committee for the Canada Prenatal Nutrition Program (CPNP) including a fetal alcohol syndrome/effects component which will direct the evolution of the program to best meet community needs. As well, the program framework has been finalized and over 400 projects were funded. Communities are now beginning the planning process of program expansion.
- Established a First Nations/Inuit/Health Canada working group to determine the health indicators to be collected and to define the methodologies for data collection and the framework for annual collection of this health data.



Business Line 3: Aboriginal Health

Financial Information

(millions of dollars)

	1999-2000 Planned Spending	1999-2000 Total Authorities	1999-2000 Actual Spending
Gross expenditures	\$1,158.5	\$1,157.4	\$1,155.1
Expected revenue	(\$9.1)	(\$9.1)	(\$8.8)
Net expenditures	\$1,149.4	\$1,148.3	\$1,148.3*

* This represents 56.3 percent of the Department's actual spending. This percentage is based on total departmental spending excluding the one-time court ordered Hepatitis C payment of \$855.3M in Promotion of Population Health to allow for comparability with previous year.

Web site: < http://www.hc-sc.gc.ca/msb/msb_e.htm >

Objective

To assist Aboriginal communities and people in addressing health inequalities and disease threats and in attaining a level of health comparable to that of other Canadians, and to ensure the availability of, or access to, health services for registered First Nations people and Inuit.

Commitment, Key Results Commitments (KRC) and Accomplishments

Commitment

To provide sustainable health services and programs for First Nations and Inuit communities and people that address health inequalities and disease threats so that they may attain a level of health comparable with that of other Canadians, within the context of First Nations and Inuit autonomy and control.

The services provided under the Aboriginal Health Business Line are targeted towards First Nations living on-reserve and Inuit populations. This Business Line works closely with both the Assembly of First Nations and the Inuit Tapirisat of Canada. Other national partners include the Métis National Council, the Congress of Aboriginal People and the Native Women's Association of Canada. Stakeholders are also found at the provincial and community level, including the First Nations and Inuit people themselves.





KRC 3.1 Improvements in First Nations and Inuit people's health and a reduction in health inequalities between them and other Canadians

KRC 3.2 A First Nations and Inuit population that is informed and aware of the factors that affect health and what actions can be taken to improve health

Health Canada provides on-reserve community-based disease prevention and health promotion programs.

Accomplishments

- Distributed a *Planning Resource Kit* to First Nations and Inuit communities which assisted 400 communities with the implementation planning process of the Home and Community Care Program (HCC). The HCC pilot projects were evaluated and the program and accountability framework and funding formula were developed and implemented.
- Approved 203 projects under the **Aboriginal Head Start (AHS)** On-Reserve Program; a National Evaluation Framework was developed; a *National Annual Report* was produced and a National Training Workshop was held focussing on best practices in Head Start programs. Approximately 6,500 children on-reserve have received **AHS** services nationally.
- Drafted an Aboriginal Diabetes Framework in consultation with communities, which led to the establishment of a working group of Aboriginal experts. Twelve First Nations diabetes prevention programs were funded for one year.
- The proposed Aboriginal Health Institute has been incorporated as the Organization for the Advancement of Aboriginal Peoples' Health (OAAPH) and has received funding for five years. The OAAPH will provide improved analysis and dissemination of information and research on Aboriginal health and increase partnership, capacity and support for Aboriginal health.
- Completed an environmental scan to review existing **mental health** programs and a framework was drafted outlining means to address mental health issues in First Nations and Inuit communities and to develop practical solutions and policies.
- Established a National Steering Committee for the Canada Prenatal Nutrition Program (CPNP) including a fetal alcohol syndrome/effects component which will direct the evolution of the program to best meet community needs. As well, the program framework has been finalized and over 400 projects were funded. Communities are now beginning the planning process of program expansion.
- Established a First Nations/Inuit/Health Canada working group to determine the health indicators to be collected and to define the methodologies for data collection and the framework for annual collection of this health data.





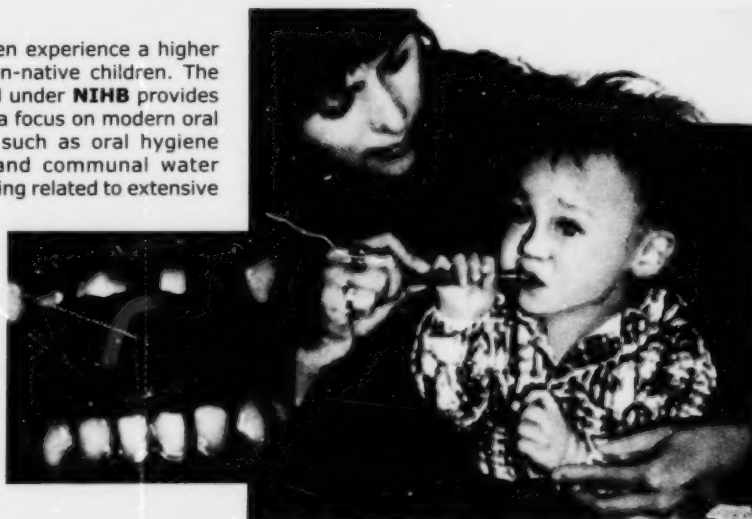
KRC 3.3 Effective health care services available and accessible to First Nations and Inuit people

Building partnerships has, for some time, been a key focus of joint work between the Assembly of First Nations (AFN) and Health Canada's First Nations and Inuit Health Branch (FNIHB). There are many different regional and national partnership agreements between FNIHB and AFN which will be the foundation upon which to develop a renewed First Nations and Inuit health system. The renewal process will, in turn, determine mechanisms for future relationships.

Accomplishments

- Through the **Non-Insured Health Benefits Program (NIHB)** provided a range of medically necessary goods and services which supplement benefits provided through other private, federal or provincial programs, to more than 650,000 First Nations and Inuit clients regardless of residence in Canada. **NIHB** benefits include drugs, dental care, vision care, medical supplies and equipment, as well as transportation to medical services and crisis mental health counselling.

First Nations and Inuit children experience a higher level of tooth decay than non-native children. The oral health program delivered under **NIHB** provides treatment while encouraging a focus on modern oral health prevention methods such as oral hygiene instruction, diet/lifestyle, and communal water fluoridation to avoid the suffering related to extensive dental disease.



- Implemented an enhanced provider audit program and provider profiling tools to improve the detection of unusual patterns of billing. This will prevent inappropriate billings and ensure that services and items for **NIHB** clients are paid in a proper manner.
- Connected almost all pharmacy providers that bill the **NIHB** Program to the Point of Service system which provides on-line drug utilization messages to support optimal drug therapy.



- Distributed the First Nations and Inuit Health Information System (FNIHIS) which is one of the Canadian Health Infostructure initiatives (see page 73), to 114 health facilities for an overall total of 260 in First Nations communities. The system provides communities with the tools and training to effectively use health data in a standardized and timely fashion. A data integration pilot was launched with British Columbia to allow health professionals to view client immunization profiles.
- Funded through the Health Transition Fund, five telehealth projects which have been implemented and community health workers trained in usage. Support documents were developed to assist communities which wish to undertake telehealth initiatives.
- Established an accountability framework to ensure greater transparency; the framework will structure reporting requirements resulting in better community health planning and evaluation.



KRC 3.4 Increased First Nations and Inuit management of and accountability for health care services and the Non-Insured Health Benefits Program

Health Canada is taking steps to facilitate the takeover of its health services by First Nations and Inuit.

Accomplishments

- Established a National Joint Steering Committee in partnership with First Nations and Inuit groups to oversee the policy framework for the transfer of **NIHB** and evaluation of the six **NIHB pilot projects**.
- Completed Canada/First Nations Funding Agreements (CFNFA) with seven First Nations Bands; this joint multi-departmental funding mechanism will reduce the number of agreements needed and be less burdensome administratively for Bands.
- Signed 248 **transfer** and **integrated** agreements with 403 of 614 First Nations and Inuit communities. In addition, 10 self-government final agreements which include health services and related resources have been signed. Overall, 81 percent of First Nations communities are involved in the **transfer** process. For more information: < http://www.hc-sc.gc.ca/msb/pptsp/hfa_e.htm >
- Introduced improved processes and tools to enhance accountability mechanisms with **transferred** First Nations and Inuit communities. On a national basis, 86 percent of audit reports, 70 percent of annual reports, and 58 percent of evaluation reports have been received from transferred First Nations and Inuit communities.
- Continued to work towards the transfer of remaining departmental hospitals to First Nations and Inuit control.





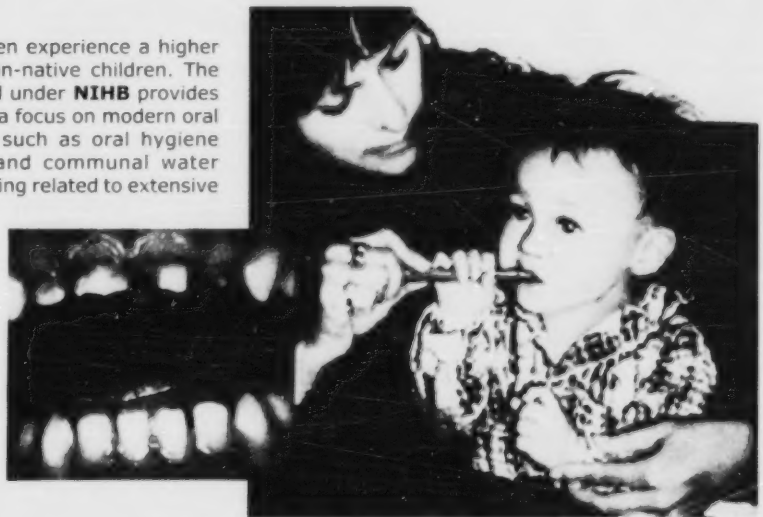
KRC 3.3 Effective health care services available and accessible to First Nations and Inuit people

Building partnerships has, for some time, been a key focus of joint work between the Assembly of First Nations (AFN) and Health Canada's First Nations and Inuit Health Branch (FNIHB). There are many different regional and national partnership agreements between FNIHB and AFN which will be the foundation upon which to develop a renewed First Nations and Inuit health system. The renewal process will, in turn, determine mechanisms for future relationships.

Accomplishments

- Through the **Non-Insured Health Benefits Program (NIHB)** provided a range of medically necessary goods and services which supplement benefits provided through other private, federal or provincial programs, to more than 650,000 First Nations and Inuit clients regardless of residence in Canada. **NIHB** benefits include drugs, dental care, vision care, medical supplies and equipment, as well as transportation to medical services and crisis mental health counselling.

First Nations and Inuit children experience a higher level of tooth decay than non-native children. The oral health program delivered under **NIHB** provides treatment while encouraging a focus on modern oral health prevention methods such as oral hygiene instruction, diet/lifestyle, and communal water fluoridation to avoid the suffering related to extensive dental disease.



- Implemented an enhanced provider audit program and provider profiling tools to improve the detection of unusual patterns of billing. This will prevent inappropriate billings and ensure that services and items for **NIHB** clients are paid in a proper manner.
- Connected almost all pharmacy providers that bill the **NIHB** Program to the Point of Service system which provides on-line drug utilization messages to support optimal drug therapy.



- Distributed the First Nations and Inuit Health Information System (FNIHIS) which is one of the Canadian Health Infostructure initiatives (see page 73), to 114 health facilities for an overall total of 260 in First Nations communities. The system provides communities with the tools and training to effectively use health data in a standardized and timely fashion. A data integration pilot was launched with British Columbia to allow health professionals to view client immunization profiles.
- Funded through the Health Transition Fund, five telehealth projects which have been implemented and community health workers trained in usage. Support documents were developed to assist communities which wish to undertake telehealth initiatives.
- Established an accountability framework to ensure greater transparency; the framework will structure reporting requirements resulting in better community health planning and evaluation.

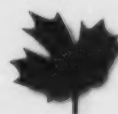


KRC 3.4 Increased First Nations and Inuit management of and accountability for health care services and the Non-Insured Health Benefits Program

Health Canada is taking steps to facilitate the takeover of its health services by First Nations and Inuit.

Accomplishments

- Established a National Joint Steering Committee in partnership with First Nations and Inuit groups to oversee the policy framework for the transfer of **NIHB** and evaluation of the six **NIHB pilot projects**.
- Completed Canada/First Nations Funding Agreements (CFNFA) with seven First Nations Bands; this joint multi-departmental funding mechanism will reduce the number of agreements needed and be less burdensome administratively for Bands.
- Signed 248 **transfer** and **integrated** agreements with 403 of 614 First Nations and Inuit communities. In addition, 10 self-government final agreements which include health services and related resources have been signed. Overall, 81 percent of First Nations communities are involved in the **transfer** process. For more information: < http://www.hc-sc.gc.ca/msb/pptsp/hfa_e.htm >
- Introduced improved processes and tools to enhance accountability mechanisms with **transferred** First Nations and Inuit communities. On a national basis, 86 percent of audit reports, 70 percent of annual reports, and 58 percent of evaluation reports have been received from transferred First Nations and Inuit communities.
- Continued to work towards the transfer of remaining departmental hospitals to First Nations and Inuit control.



- Continued to support Nunavut as it implements and manages FNIHB programs and services.

Contributions Programs over \$5M:

(indicated in bold throughout text)

Contributions:

Aboriginal Head Start

Brighter Futures

Community Health Services

Health Program Transfer

Home Nursing

Integrated Community Service

Mental Health

National Native Alcohol Drug Abuse Program

Non Departmental Health Care Facilities

Non-Insured Health Benefits

Non-Insured Health Services - Pilot Projects

Solvent Abuse



Business Line 4: Health System Support and Renewal

Financial Information

(millions of dollars)

	1999-2000 Planned Spending	1999-2000 Total Authorities	1999-2000 Actual Spending
Net expenditures	\$82.5	\$49.1	\$49.1*

* This represents 2.4 percent of the Department's actual spending. This percentage is based on total departmental spending excluding the one-time court ordered Hepatitis C payment of \$855.3M in Promotion of Population Health to allow for comparability with previous year.

Web site: < <http://www.hc-sc.gc.ca/english/about.htm> >

Objective

To ensure the long-term sustainability of a health system having significant national character.

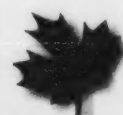
Commitment, Key Results Commitments (KRC), Strategies and Accomplishments

Commitment

To provide Canadians with leadership that contributes to the long-term sustainability of a health system that has significant national character.



- KRC 4.1 Publicly-funded hospital and physician services consistent with the principles of the *Canada Health Act (CHA)***
- KRC 4.2 An integrated health system embodying efficient health services**
- KRC 4.3 Innovative national and international initiatives that strengthen the health system**
- KRC 4.4 A better understanding of the fundamental issues relating to health care, and better tools and mechanisms for improving access to a range of high quality, equitable services**
- KRC 4.5 Strengthened partnerships among federal, provincial and territorial governments, key stakeholders, Canadians and international partners**



Business Line 4: Health System Support and Renewal

Financial Information

(millions of dollars)

	1999-2000 Planned Spending	1999-2000 Total Authorities	1999-2000 Actual Spending
Net expenditures	\$82.5	\$49.1	\$49.1*

* This represents 2.4 percent of the Department's actual spending. This percentage is based on total departmental spending excluding the one-time court ordered Hepatitis C payment of \$855.3M in Promotion of Population Health to allow for comparability with previous year.

Web site: < <http://www.hc-sc.gc.ca/english/about.htm> >

Objective

To ensure the long-term sustainability of a health system having significant national character.

Commitment, Key Results Commitments (KRC), Strategies and Accomplishments

Commitment

To provide Canadians with leadership that contributes to the long-term sustainability of a health system that has significant national character.

- 
- KRC 4.1** Publicly-funded hospital and physician services consistent with the principles of the *Canada Health Act (CHA)*
 - KRC 4.2** An integrated health system embodying efficient health services
 - KRC 4.3** Innovative national and international initiatives that strengthen the health system
 - KRC 4.4** A better understanding of the fundamental issues relating to health care, and better tools and mechanisms for improving access to a range of high quality, equitable services
 - KRC 4.5** Strengthened partnerships among federal, provincial and territorial governments, key stakeholders, Canadians and international partners



Strategy 1

Strengthen health care services in Canada to deal immediately with existing problems in the health care system and, over the longer term, provide a full range of high quality, integrated, patient-centred services.

Accomplishments

- Co-chaired the Federal/Provincial/Territorial (F/P/T) Conference of Ministers of Health and the Conference of Deputy Ministers of Health. F/P/T governments have worked together to ensure that Canadians have continuing access to quality health care services through Canada's publicly-funded health system. In September 1999, F/P/T Health Ministers noted concrete progress on several fronts, including: maintenance of a financially sustainable health care system; collaboration on health human resource planning; joint work on population health approaches; and the development and effective use of information technologies.
- Funded 141 projects through the **Health Transition Fund** to test ways to improve health care in four priority areas: home care, pharmacare, primary care and integrated service delivery. Results of these projects will help inform future policy and service delivery decisions to improve the quality and accessibility of health care.
- Established with partners an interdisciplinary network of health care professionals and service users to promote the integration of self care support into the education and practice of health care professionals, especially physicians and nurses.
- The Centres of Excellence for Women's Health scanned Canadian research information regarding health care privatization and found very little that captures the differential impacts on women and men. Initial findings were that health care privatization is having more profound negative effects on women (as workers, care providers, and patients). The work has been brought to the attention of provincial health ministries and federal officials.

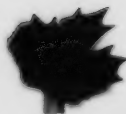
Strategy 2

Improve knowledge, practices and the development of standards for integrated quality care in key sectors.

Accomplishments

Home and Community Care

- Made progress in developing consensus, among governments and with national health organizations, on key principles, objectives and outcomes that should be achieved through publicly-funded home and community care.
- Completed analytical work to achieve a better understanding of: 1) the impacts of an aging population on the need for home, community and long-term care, and also cost and service utilization implications of different



service mix policy scenarios; 2) the impacts of current funding approaches on effective transitions from hospital to home or community, decision-making under restraint, and mixes of public and private funding.

Access to Pharmaceuticals

- Completed a major study that examined Canadians' access to insurance coverage for prescription medicines. Pursuant to an agreement with Health Canada, the Patented Medicines Prices Review Board (PMPRB) completed its first year of a study of costs in regard to public drug benefit plans - see the PMPRB *Departmental Performance Report* for more detail.

Rural Health

- Funded seven innovative telehealth projects through the Health Infostructure Support Program to improve health care delivery in rural and remote areas across Canada. An example is the tele-ultrasound project in the Keeweenaw Health Authority in northern Alberta. For people living in remote and rural areas, these projects improved access to health services through the integration of information technologies.
- Supported eight tele-homecare projects to demonstrate technology innovations in the delivery of home care and to examine their potential and implications. An example is the tele-hospice project in West Prince, Prince Edward Island where nursing staff have an increased capacity to monitor terminally ill patients in their rural homes.

Integrated Service Delivery

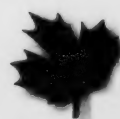
- Established the Office of Nursing Policy through the Innovations in Rural and Community Health Program. The Office provided expert advice to the health community on issues relating to health human resources and health systems from a nursing perspective.
- Facilitated a roundtable of nurse leaders and researchers, health care executives, and government representatives on improving the health and workplace setting of nurses.
- Established a steering committee, comprised of representatives of medical schools and governments to raise awareness of the role and accountability of medical schools in ensuring an appropriate supply and mix of physicians relative to Canadians' health needs. Background papers prepared for the committee by Health Canada were subsequently delivered to Ministers of Health. They assessed efforts within Canada and internationally to improve access to medical care in rural and remote areas, and to look at issues related to the geographic distribution of physicians in Canada. These efforts will help to ensure that Canada continues to have an adequate supply and appropriate mix of health professionals to meet the health care needs of Canadians. Reports are available at:

< http://www.hc-sc.gc.ca/english/archives/releases/99_pice.htm >

Contributions Program over \$5M:

(indicated in bold in text)

Health Transition Fund



Business Line 5: Health Policy, Planning and Information

Financial Information

(millions of dollars)

	1999-2000 Planned Spending	1999-2000 Total Authorities	1999-2000 Actual Spending
Net expenditures	\$139.8	\$178.5	\$178.3*

* This represents 8.7 percent of the Department's actual spending. This percentage is based on total departmental spending excluding the one-time court ordered Hepatitis C payment of \$855.3M in Promotion of Population Health to allow for comparability with previous year.

Web site: < http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/english/main_e.html >

Objective

To foster strategic and evidence-based decision-making within Health Canada and to promote evidence-based decision-making in the Canadian health system and by Canadians themselves.

Commitment, Key Results Commitments (KRC), Strategies and Accomplishments

Commitment

To provide Canadians with effective national health policies and plans, and current, reliable health information to support strategic and evidenced-based decision-making in Health Canada, throughout the health system and by Canadians.



KRC 5.1 National policies and plans that effectively address emerging health challenges and/or changes to existing health priorities

Strategy 1

Improve the effectiveness of Canada's health research.

Accomplishments

- Played a key role in partnership with the Medical Research Council, the provinces, health non-governmental organizations and the research community in creating the Canadian Institutes of Health Research (CIHR), through financial, secretariat and policy support. < <http://www.cihr.ca/> >



Business Line 5: Health Policy, Planning and Information

Financial Information

(millions of dollars)

	1999-2000 Planned Spending	1999-2000 Total Authorities	1999-2000 Actual Spending
Net expenditures	\$139.8	\$178.5	\$178.3*

* This represents 8.7 percent of the Department's actual spending. This percentage is based on total departmental spending excluding the one-time court ordered Hepatitis C payment of \$855.3M in Promotion of Population Health to allow for comparability with previous year.

Web site: < http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/english/main_e.html >

Objective

To foster strategic and evidence-based decision-making within Health Canada and to promote evidence-based decision-making in the Canadian health system and by Canadians themselves.

Commitment, Key Results Commitments (KRC), Strategies and Accomplishments

Commitment

To provide Canadians with effective national health policies and plans, and current, reliable health information to support strategic and evidenced-based decision-making in Health Canada, throughout the health system and by Canadians.



KRC 5.1 National policies and plans that effectively address emerging health challenges and/or changes to existing health priorities

Strategy 1

Improve the effectiveness of Canada's health research.

Accomplishments

- Played a key role in partnership with the Medical Research Council, the provinces, health non-governmental organizations and the research community in creating the Canadian Institutes of Health Research (CIHR), through financial, secretariat and policy support. < <http://www.cihr.ca/> >



- Launched Culture and Health of Canadians II in collaboration with the Social Sciences and Humanities Research Council (SSHRC), an initiative designed to support CIHR objectives and establish new and innovative partnerships.
- Launched through the **National Health Research and Development Program**, the Health Career Awards, in partnership with the CIHR and SSHRC, to build a critical mass of health-related research and research training in the social sciences and humanities, needed to better understand the broader social and cultural determinants of health.
- Provided funding to the Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF) through the **Canadian Health Services Research Fund** to promote applied health systems research, enhance research quality and relevance, and facilitate the use in evidence-based decision making by policy makers and health systems managers. For more information on the CHSRF refer to its 1999 annual report at:

< <http://www.chsrf.ca/english/document-library/99-anreport.pdf> >

Strategy 2

Expand the policy research capacity of the Department.

Accomplishments

- Established a major research program to foster better understanding of health issues such as aging and health care reform, in particular, health human resources issues and cost drivers; collaborated in developing a database on economic burden of illness in Canada; and provided desktop access to core data, analytical tools, key research reports and analysis for departmental policy and program analysts.
- Reoriented extramural research funding through the **National Health Research and Development Program** to meet Health Canada's needs in targeted areas such as: home care, children and youth, aging, and financing of the health care system.
- Co-funded, with Statistics Canada and the Policy Research Initiative, the Population Health Perspective Conference to showcase promising research in the population health field and to explore linkages with policy development.

Strategy 3

Improve the integrity of the policy process and expand the evidence base of policy-making.

- Consulted provincial/territorial partners and key stakeholders on a proposed federal approach to Reproductive and Genetic Technologies, resulting in a Feedback Report to all participants. This input will help inform the government on the next steps to be taken on this issue.



- Created a Departmental Executive Subcommittee on Policy and Analysis comprised of senior representatives of all branches and regions to ensure that key health policies are adequately challenged and integrated into the full scope of the Department's activities.
- Developed preliminary tools and frameworks to support comprehensive policy analyses in the areas of family, early childhood development, migration health and genomics. These tools will enhance the quality of the policy decision-making process.
- Launched a Working Group on Genetic Testing for Late Onset Diseases, to identify and analyze the key policy issues that are likely to arise and to develop policy options.
- Created a Horizontal Policy Division, to ensure that health policies are cohesive and integrated with the overall government agenda and the priorities of other federal departments.
- Developed preliminary tools for conducting gender-based analyses of health policies and programs. This will help ensure that health policies and programs are sensitive to gender differences.



KRC 5.2 A health system that is more effective, efficient and accountable and which includes a well functioning national health information and health research infrastructure

Strategy 4

Develop, in collaboration with provinces, territories and stakeholders, an integrated approach to organizing and disseminating health information and knowledge.

Accomplishments

- Provided financial support through some 36 projects in telehealth, electronic patient records, and electronic health information to foster innovative applications of information and communications technologies in health and health care. For example, a tele-homecare project from The Hospital for Sick Children in Toronto has created a specialized telecommunications network, designed specifically for children with intermediate care needs. Parents assist intermittently monitoring their child's heart rate, respiration rate and blood oxygen levels at home. This information is regularly and automatically transmitted to a nurse at a 24-hour monitoring centre in the hospital.
- Provided leadership in the launch and management of major projects that contribute to the Canadian Health Infostructure (CHI) — the National Health Surveillance Infostructure (NHSI) network, the First Nations and Inuit Health Information System (FNIHIS) and the Canadian Health Network (CHN).



- Created a Departmental Executive Subcommittee on Policy and Analysis comprised of senior representatives of all branches and regions to ensure that key health policies are adequately challenged and integrated into the full scope of the Department's activities.
- Developed preliminary tools and frameworks to support comprehensive policy analyses in the areas of family, early childhood development, migration health and genomics. These tools will enhance the quality of the policy decision-making process.
- Launched a Working Group on Genetic Testing for Late Onset Diseases, to identify and analyze the key policy issues that are likely to arise and to develop policy options.
- Created a Horizontal Policy Division, to ensure that health policies are cohesive and integrated with the overall government agenda and the priorities of other federal departments.
- Developed preliminary tools for conducting gender-based analyses of health policies and programs. This will help ensure that health policies and programs are sensitive to gender differences.



KRC 5.2 A health system that is more effective, efficient and accountable and which includes a well functioning national health information and health research infrastructure

Strategy 4

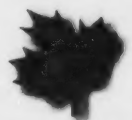
Develop, in collaboration with provinces, territories and stakeholders, an integrated approach to organizing and disseminating health information and knowledge.

Accomplishments

- Provided financial support through some 36 projects in telehealth, electronic patient records, and electronic health information to foster innovative applications of information and communications technologies in health and health care. For example, a tele-homecare project from The Hospital for Sick Children in Toronto has created a specialized telecommunications network, designed specifically for children with intermediate care needs. Parents assist intermittently monitoring their child's heart rate, respiration rate and blood oxygen levels at home. This information is regularly and automatically transmitted to a nurse at a 24-hour monitoring centre in the hospital.
- Provided leadership in the launch and management of major projects that contribute to the Canadian Health Infostructure (CHI) — the National Health Surveillance Infostructure (NHSI) network, the First Nations and Inuit Health Information System (FNIHIS) and the Canadian Health Network (CHN).



- Established the tools and the Internet-based infrastructure to support the NHSI for a variety of health concerns with the support of FPT, regional and municipal governments, First Nations, and non-governmental organizations. Accountability frameworks have been established for key areas that have recently assumed expanded responsibilities. These areas include: enteric (food-borne) disease surveillance, perinatal health surveillance, national diabetes surveillance system, and surveillance for blood and blood-borne pathogens. The NHSI network will provide public health officials Internet access to the information they need to prevent disease, develop policies to reduce health hazards, and allow for faster reaction to public health issues. This will save lives and prevent disease and disability.
- Funded the implementation of the First Nations and Inuit Health Information System (FNIHIS) to provide First Nations and Inuit communities with the information and tools required to more effectively use health data to maintain and improve their health (See page 65 for details).
- Launched the CHN (<http://www.canadian-health-network.ca/>), a national Internet-based service that provides Canadians access to trusted information on health promotion and disease prevention.
- Developed a new incentive program, the Canada Health Infostructure Partnerships Program, aimed at supporting large-scale implementation of innovative model projects using information and communications technologies to improve the accessibility and quality of health care delivery.
- Created the F/P/T Advisory Committee on Health Infostructure (ACHI) to enable collaborative and coordinated approaches to telehealth, electronic health records, privacy and confidentiality, health surveillance and overall strategic integration of emerging health infostructure applications.
- Prepared a white paper, *Toward Electronic Health Records*, which describes a pan-Canadian approach to electronic health records.
- Conducted vision workshops aimed at raising awareness of health infostructure among key health stakeholders such as physicians, nurses, administrators, and children's health care professionals.
- Published the results of a consultation on women's health surveillance. The report identified gaps and proposed six areas where surveillance data should be collected. < <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/whs-ssf/index.html> >
- Initiated development of indicators to measure the health status of women and their utilization of health services. These indicators will serve as benchmarks for monitoring the health of Canadian women over time.





KRC 5.4 International health policies, programs and strategies which contribute to the Department's ability to fulfil its national and international objectives

Strategy 5

Strengthen cooperation and partnership at the international level among governments, non-governmental organizations and other stakeholders.

Accomplishments

- Co-sponsored with UNAIDS, the First Policy Dialogue on HIV/AIDS, where participants made significant contributions to HIV/AIDS policy at the national and international levels.
- Published *The Case for Canadians to Act Globally Against HIV/AIDS*, to help promote action against HIV/AIDS; and the guide *Beyond our Borders: A Guide to Twinning for HIV/AIDS Organizations*, to help voluntary organizations team up with organizations in other countries to combat HIV/AIDS. For a copy of these reports, go to:
< http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/hiv_aids/can_strat/international/index.html >
- Increased awareness of Canada's health system and gathered information on the experience of other countries by receiving more than 100 foreign delegations which included 13 Ministers of Health.
- Organized a major presentation on Canadian telehealth to the Conference of Spouses of Heads of State and Governments of the Americas held in October 1999.

Accountability

Responsibility and funding for improving the quality and use of performance information within the Department and for improving reporting to Canadians on the performance of Health Canada policies and programs lies primarily with the Health Policy, Planning and Information Business Line. Please see the special section on Accountability on page 30 for information on major commitments and accomplishments such as the launch of the Federal Accountability Initiative Focussing on Health Canada's Policies and Programs.

Grants and Contributions Programs over \$5M:

(indicated in bold throughout text)

Contributions:

National Health Research and Development Program

Grants:

Canadian Health Services Research Fund



Business Line 6: Corporate Services

Financial Information

(millions of dollars)

	1999-2000 Planned Spending	1999-2000 Total Authorities	1999-2000 Actual Spending
Gross expenditures	\$137.4	\$166.0	\$161.3
Expected revenue	(\$1.2)	(\$1.2)	(\$0.4)
Net expenditures	\$136.2	\$164.8	\$160.9*

* This represents 7.9 percent of the Department's actual spending. This percentage is based on total departmental spending excluding the one-time court ordered Hepatitis C payment of \$855.3M in Promotion of Population Health to allow for comparability with previous year.

The actual spending is \$3.9M lower than the total authorities mainly resulting from Y2K contingency planning activities which did not require as many resources as planned. Lapsed resources will be applied towards the repayment of the Y2K loan.

Web site: < http://www.hc-sc.gc.ca/csb-dgsg/english/ov_ap1_e.htm >

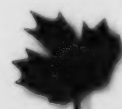
Objective

To support the delivery of Health Canada's programs through the provision of administrative services and advice and direction to senior management regarding the effective and efficient use of resources.

Commitment, Key Results Commitments (KRC), Strategies and Accomplishments

Commitment

To provide effective support for the delivery of Health Canada's programs and sound management practices across the Department.





KRC 5.4 International health policies, programs and strategies which contribute to the Department's ability to fulfil its national and international objectives

Strategy 5

Strengthen cooperation and partnership at the international level among governments, non-governmental organizations and other stakeholders.

Accomplishments

- Co-sponsored with UNAIDS, the First Policy Dialogue on HIV/AIDS, where participants made significant contributions to HIV/AIDS policy at the national and international levels.
- Published *The Case for Canadians to Act Globally Against HIV/AIDS*, to help promote action against HIV/AIDS; and the guide *Beyond our Borders: A Guide to Twinning for HIV/AIDS Organizations*, to help voluntary organizations team up with organizations in other countries to combat HIV/AIDS. For a copy of these reports, go to:

< http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/hiv_aids/can_strat/international/index.html >

- Increased awareness of Canada's health system and gathered information on the experience of other countries by receiving more than 100 foreign delegations which included 13 Ministers of Health.
- Organized a major presentation on Canadian telehealth to the Conference of Spouses of Heads of State and Governments of the Americas held in October 1999.

Accountability

Responsibility and funding for improving the quality and use of performance information within the Department and for improving reporting to Canadians on the performance of Health Canada policies and programs lies primarily with the Health Policy, Planning and Information Business Line. Please see the special section on Accountability on page 30 for information on major commitments and accomplishments such as the launch of the Federal Accountability Initiative Focussing on Health Canada's Policies and Programs.

Grants and Contributions Programs over \$5M:

(indicated in bold throughout text)

Contributions:

National Health Research and Development Program

Grants:

Canadian Health Services Research Fund



Business Line 6: Corporate Services

Financial Information

(millions of dollars)

	1999-2000 Planned Spending	1999-2000 Total Authorities	1999-2000 Actual Spending
Gross expenditures	\$137.4	\$166.0	\$161.3
Expected revenue	(\$1.2)	(\$1.2)	(\$0.4)
Net expenditures	\$136.2	\$164.8	\$160.9*

* This represents 7.9 percent of the Department's actual spending. This percentage is based on total departmental spending excluding the one-time court ordered Hepatitis C payment of \$855.3M in Promotion of Population Health to allow for comparability with previous year.

The actual spending is \$3.9M lower than the total authorities mainly resulting from Y2K contingency planning activities which did not require as many resources as planned. Lapsed resources will be applied towards the repayment of the Y2K loan.

Web site: < http://www.hc-sc.gc.ca/csb-dgsg/english/ov_ap1_e.htm >

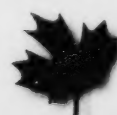
Objective

To support the delivery of Health Canada's programs through the provision of administrative services and advice and direction to senior management regarding the effective and efficient use of resources.

Commitment, Key Results Commitments (KRC), Strategies and Accomplishments

Commitment

To provide effective support for the delivery of Health Canada's programs and sound management practices across the Department.





KRC 6.1 Continuous improvement in the provision of corporate administrative services

Strategy 1

Build and sustain a highly qualified work force.

Accomplishments

- Established partnerships with selected departments to develop the Compensation Advisor Bridging Program to ensure sound compensation advice and the Aboriginal Career Development Initiative that facilitates interdepartmental assignments for federal Aboriginal employees.
- Implemented, to meet the needs of a growing and diverse work force, a Departmental Orientation Program and introduced a new series of learning programs.



KRC 6.2 Continuous improvement in the promotion of sound management practices

Strategy 2

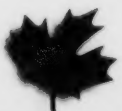
Enhance the Department's capabilities for utilizing modern comptrollership practices and managing its programs, expenditures and assets effectively.

Accomplishments

- Expanded and upgraded the Department's financial system that now provides managers a single, common system with desktop access to financial, procurement and assets information.
- Established a Client Services Renewal Secretariat that oversees a series of client services improvement initiatives in collaboration with Program Branches.

Strategy 3

Rejuvenate the Department's assets, strengthen its assets management capabilities, and reduce the adverse impacts of its physical operations on the environment.





KRC 6.1 Continuous improvement in the provision of corporate administrative services

Strategy 1

Build and sustain a highly qualified work force.

Accomplishments

- Established partnerships with selected departments to develop the Compensation Advisor Bridging Program to ensure sound compensation advice and the Aboriginal Career Development Initiative that facilitates interdepartmental assignments for federal Aboriginal employees.
- Implemented, to meet the needs of a growing and diverse work force, a Departmental Orientation Program and introduced a new series of learning programs.



KRC 6.2 Continuous improvement in the promotion of sound management practices

Strategy 2

Enhance the Department's capabilities for utilizing modern comptrollership practices and managing its programs, expenditures and assets effectively.

Accomplishments

- Expanded and upgraded the Department's financial system that now provides managers a single, common system with desktop access to financial, procurement and assets information.
- Established a Client Services Renewal Secretariat that oversees a series of client services improvement initiatives in collaboration with Program Branches.

Strategy 3

Rejuvenate the Department's assets, strengthen its assets management capabilities, and reduce the adverse impacts of its physical operations on the environment.



Accomplishments

- Developed a partnership with Public Works and Government Services Canada (PWGSC) for the provision of day-to-day facilities services and developed an Annual Departmental Accommodation Strategy which have resulted in improved space utilization and a more strategic approach to space acquisition.
- Identified actions that are intended to reduce the impact of vehicle emissions, implemented a zero waste program and developed a remediation plan related to contaminated fuel tank sites.
- Completed the construction and renovation of over 40 health facilities through the **Capital Construction for First Nations and Inuit Communities Contribution Program** to allow for improved availability and accessibility of health care services for the First Nations and Inuit people.

Strategy 4

Develop effective ways to manage corporate information and support knowledge management in the Department, utilizing information technologies.

Accomplishments

- Implemented a Knowledge Sharing Database and developed a *Record Keeping Procedures Manual* to provide better organization for, and more efficient access to departmental corporate memory information.
- Ensured the Year 2000 readiness of the Department's mission-critical systems and established an effective working partnership with provincial, territorial Ministries of Health, other health care partners and stakeholders for the successful transition of the health care sector to the Year 2000.
- Introduced a number of Internet accessible library databases to improve access to research information and to improve search capabilities from remote locations.
- Improved the capacity to exchange and store information in a secure and confidential manner through the application of the Applied Secure Electronic Service Delivery, which has lead to increased capacity to form partnerships, and the Public Key Infrastructure, an encryption technology, which has increased user confidence in the electronic exchange of information and business transactions.

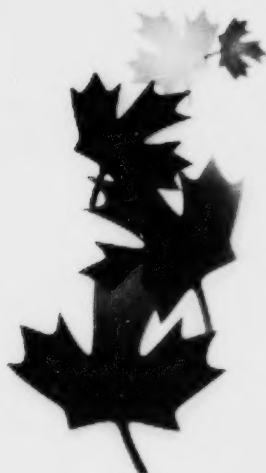
Contributions Program over \$5M:

(indicated in bold in text)

Capital Construction for First Nations and Inuit Communities





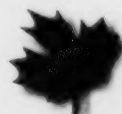


SECTION IV: CONSOLIDATED REPORTING

Modernizing Comptrollership

Health Canada, over the past couple of years, has adopted a new management vision that will better align departmental management practices with the concepts, principles and requirements of the government's Modern Comptrollership Initiative < http://www.tbs-sct.gc.ca/cmo_mfc/contents.htm > and the Financial Information Strategy. To this end, a number of initiatives have been and are being implemented.

- Implemented a new system called Framework for Integrated Resource Management (FIRM)/SAP R/3, a state-of-the-art, on-line, integrated enterprise system for effective management of departmental financial and non-financial resources.
- Established a Departmental Financial Council (DFC) to ensure the Department's financial community remains informed and prepared to meet the challenges associated with departmental resource management.
- Developed a Risk Management Evaluation Framework with respect to health protection of Canadians entitled Health Canada's Decision-Making Framework for Identifying, Assessing, and Managing Health Risks.
- Implemented a Federal Accountability Initiative; projects included the development of performance measurement frameworks and core indicators related to key issues and programs, management training and improvements to departmental reporting.
- Developed action plans to address common issues raised by employees in the Public Service Employee Survey. A senior level Steering Committee and Branch Working Committees have been established to guide the ongoing work.
- Launched a corporate services Client Services Renewal Initiative aimed at improving the delivery and quality of corporate services.
- Developed a Conflict of Interest Accountability Framework, guidelines and an employee training tool to address conflict of interest situations.



- Ensured better management of horizontal program and management issues through Departmental Executive Sub-Committees in the areas of policy and analysis, communications, finance, human resources, assets management, information management/information technology, risk management and regulatory affairs.
- Conducted program impact assessments to determine whether current program activities are achieving the best outcomes in key areas such as Policy and Analysis, First Nations and Inuit Health, Joint Health Promotion/Disease Prevention and Control, Environmental Health Program and Communications. These projects provided an opportunity to analyze resource inputs against program outputs.



Matériel Management

The Department has made significant progress towards readiness for implementation of the Financial Information Systems (FIS) strategy for moveable goods and to address accrual accounting and life-cycle costing.

- Launched a new departmental Matériel Management System SAP/FIRMS on April 6, 1999. Responsibility Centre Managers (RCMs) are required to use SAP/FIRMS, which integrates matériel management processes into a single structure and includes financial, salary and matériel functions.
- Launched a comprehensive Department-wide inventory process as part of preparations for Health Canada's move to an accrual accounting environment, a move initiated by Treasury Board. Data was gathered on physical assets within the Department from RCMs nation-wide and recorded in the Framework for Integrated Resource Management Systems (SAP/FIRMS) database.
- Successfully launched orientation sessions in two Regions to provide Health Canada's RCMs with information on contracting policy and procedures: Atlantic (Halifax) and Central (Winnipeg, NCR and Toronto). Information provided to personnel included current Treasury Board and departmental contracting policy, trade agreements and departmental limits.



Sustainable Development

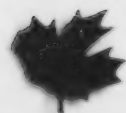
The concept of sustainable development has been evolving; ideas about what makes human populations healthy have also been changing. Over the last two decades, there has been a growing awareness of the interrelated determinants (or factors) that contribute to population health. These are now recognized to include income and social status, social support networks, education, employment and working conditions, social environments, physical environments, personal health practices and coping skills, healthy child development, biology and genetic endowment, health services, gender and culture.

Health Canada as a federal department has a direct influence on social/cultural, economic and environmental conditions in Canada through implementation of its policies, programs and regulatory responsibilities. To foster the creation of a healthier society where human and ecosystem well-being are enhanced, the Department is striving for fuller consideration and integration of the economic, social and environmental spheres in its decision-making process.

Sustainable development is a practical process with ethical and legal responsibilities that shape decision-making throughout the Department. Sustainable development is about our quality of life. Health Canada is currently implementing its 1997 Sustainable Development Strategy (SDS), prepared under the authority of the *Auditor General's Act* (revised 1995). In 1998, the Department revised its targets in response to the recommendation of the Commissioner of the Environment and Sustainable Development and made them more quantifiable. The targets, published on the departmental Web site < http://www.hc-sc.gc.ca/susdevdur/health_e.htm >, are arranged under four strategic themes:

- **Promoting and Supporting Population Health:** Opportunities to contribute to sustainable development through a population health approach and through our intention to more fully explore the linkages between population health and sustainable development, and to support healthy child and youth development;
- **Identifying and Reducing Health Risks from the Environment:** Opportunities to address health risks of environmental origin (toxic substances in the environment, bio-regional health effects, and environment-related diseases) and from the food supply;
- **Strengthening Partnerships on Health, Environment and Sustainable Development:** Opportunities for collaboration with other federal departments, provincial and territorial governments, First Nations and Inuit communities and organizations, as well as health professionals, health advocates, consumers and researchers;
- **Integrating Sustainable Development into Departmental Decision-making and Physical Operations:** Opportunities for the Department to become more responsive to sustainable development by clearly establishing responsibilities and accountability for sustainable development; and by "greening" operations in its laboratories, health care facilities, warehouses and offices.

The direction at Health Canada is to integrate sustainable development thinking into the development of all policies and programs, and into planning, staffing, training, risk assessments, regulatory evaluations, partnership activities, public



consultation and more. Integrating sustainable development thinking into all we do will require continuous examination of the processes and tools we have and the ones we need. The availability of the Lotus Notes Departmental Sustainable Development Database throughout the Department is improving the measurement of results and reporting on progress to date.

The following results which Health Canada has achieved are arranged by Business Lines and subsequently by Service Lines.

Management of Risks to Health Business Line

Food Safety, Quality and Nutrition Service Line

Completed more than 1200 projects relating to the assessment of risks associated with food allergens and chemical contaminant levels in food. These included approximately 20 comprehensive health risk assessments on priority contaminant issues such as dioxins in imported foods from Belgium, microcystins in blue-green algae products, etc.

Disease Prevention and Control Service Line

Developed community cancer surveillance procedures which were implemented in environmental hot spots in the Great Lakes Basin area (Port Hope, Windsor and Pickering/Ajax). Additionally, hot spots risk assessment reports were released to the public in November 1999.

Studied the impact of residential exposure to effluents and air-borne emissions from pulp and paper mills and completed the risk assessment on Non-Hodgkin's Lymphoma.

Enhanced environmental reproductive health surveillance and risk assessment through the study of the association between disinfection byproducts and adverse reproductive outcomes.

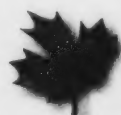
Acquired and analyzed data to develop control options for substances declared toxic under the *Canadian Environmental Protection Act (CEPA)*.

Reduced the public's exposure to St. Lawrence River drinking and recreational water that presents a risk of contamination.

Determined through the Great Lakes Health Effects Program, the human exposure and health effects associated with contaminants (chemical, microbiological and radiological) of all sources of pollution and communicated with agencies and the public to enhance decision-making on health and environmental issues.

Reported on health risks due to pollutants in the north, through a collaborative effort involving First Nations and Inuit communities as well as federal, provincial and territorial government departments.

Placed conditions and use restrictions, under Section 29 of *CEPA*, on the type of use and/or amount for two substances suspected to be toxic to human health.



Pest Management Regulation Service Line

Developed in partnership with Canola Council of Canada and Canadian Canola Growers Association, a *Pest Management [Information] Matrix for Canola* to aid canola producers in applying IPM practices. This matrix has been released in draft form for evaluation by producers and agronomists in Canada and the US. A similar matrix has been designed for apples and is being tested by apple producers.

Developed a user requested *Minor Use Registration Directive* to facilitate access to new technologies, including reduced risk chemicals and biopesticides. This resulted in granting a time-limited registration (until December 1999) to an innovative, IPM compatible tool to fight insect damage to cranberries, pending consultation on proposed full registration, and the approval of the first-ever biological pesticide for use in greenhouses on ornamentals, cucumbers, tomatoes and peppers.

Published a voluntary *Pesticide Resistance Management Labelling Directive* introduced jointly by Canada, US and Mexico (DIR99-06) in order to ensure consistency in pesticide grouping and labelling, and to contribute to the management of the pesticide resistance problem.

Contributed to a uniform North American approach to help reduce development of pesticide resistance and support joint registration decisions.

IPM is a sustainable approach, combining biological, cultural, physical, and chemical tools to manage pests resulting in the benefits of pest control being maximized and the health and environmental risks being minimized.

Promotion of Population Health Business Line

The Community Animation Program established and expanded more than 20 relationships with federal, provincial, and territorial governments and non-governmental organizations, and provided support in the form of facilitation, training and resources to more than 350 community organizations to address a variety of issues affecting the health of Canadians.

Supported 474 Community Action Program for Children projects across Canada to establish and deliver services through community coalitions, addressing health and development needs of pre-school children and their families living in conditions of risk.

Held an annual workshop on Aboriginal Head Start (AHS) to strengthen the AHS program across Canada.

Administered 112 AHS sites to address the early childhood development needs of Aboriginal children living in urban centres and large northern communities.

The Canada Prenatal Nutrition Program (CPNP) successfully reached the population of women who are at risk of delivering unhealthy babies. The population included teenagers (38%), single women (49%), Aboriginals (23%), those with 11 or fewer years of education (58%), those living on household incomes of less than \$1,300 per month (58%) and those experiencing abuse during their pregnancy (13%).

Developed new Tobacco Reporting Regulations which will increase the level of reporting required from the tobacco industry.

Aboriginal Health Business Line

Responded to the concept of sustainable development by addressing the health inequalities that First Nations and Inuit people face. Examples of this work included the Aboriginal Head Start On-Reserve Program, the Aboriginal Diabetes Strategy and the First Nations and Inuit Home and Community Care Program.

Assessed and updated fuel storage tank remediation action plans to address 12 fuel impacted sites and fuel storage tank systems.

Assessed 11 fuel/oil contaminated sites to determine the extent of soil contamination and de-contaminated three of the sites.

Initiated ground water remediation at one site to alleviate potential risk of contaminated ground water. Initiated upgrade/replacement of fuel tanks at eight sites and one tank was brought into compliance.

Developed an Environmental Management System for the Percy Moore, Norway House and Sioux Lookout hospitals to improve these hospitals' environmental performance.

Corporate Services Business Line

Improved the management of environmental aspects by completing the development of a Department-wide Environmental Management System (EMS). This included the creation of an award-winning 14001 EMS database serving as a management tool for facility managers.

Developed a departmental remediation action plan to facilitate the "greening" of Health Canada's physical operations which should result in a reduction in the number of departmental contaminated sites and in the upgrading of fuel storage tank systems.

In 1999-2000, two new vehicles were retrofitted to operate using alternative fuel and a review was conducted of the Ontario motor vehicle fleet.

Designed and distributed six editions of the electronic newsletter *Green Pages* to increase environmental awareness among all Health Canada employees.

Prepared action plans for the promotion of "green" procurement and environmentally responsible fleet management at Health Canada.

Additional information on the departmental environmental management achievements (such as implementation of Zero Waste program, decrease in energy consumption and regional ISO 14001 training to employees with direct environmental management responsibilities) can be found in *Annual Environmental Report 1999-2000*, available from Director, Environmental Management Systems Division, (613) 957-1924.



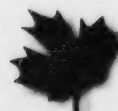
Regulatory Initiatives

Performance of Regulatory Initiatives

Purpose of Regulatory / Legislative Initiative	Expected Results	Performance Measurement Criteria	Outcome
Food and Drug Regulations (Nutrient Content Claims) Regulations have been drafted and a regulatory package is being prepared for publication in <i>Canada Gazette</i>, Part I.	New regulations will provide the consumer with nutrient content claims that - are consistent, accurate and non-misleading - are based on health criteria and support dietary guidance - are not in conflict with health and safety issues, but still take into account economic and trade considerations.	Reduced number of submissions on nutrition claims and reduced levels of compliance activity.	The outcomes of this initiative will not be seen until after these regulations have been published in <i>Canada Gazette</i>, Part II.
Food and Drug Regulations (Addition of Vitamins and Minerals to Foods) Broad stakeholder consultation on development of a more flexible policy for addition of vitamins and minerals to foods has been held. Wide-spread public consultation on the policy recommendations has been completed and the comments are being assessed.	An appropriate regulatory framework for the food industry will provide consumers with a wider variety of food products with added vitamins and minerals to meet public health needs and, at the same time, protect the population from excessive or imbalanced intakes.	Reduced number of submissions and reduced enforcement and compliance activity. Determination of whether Canadians are meeting their recommended intakes of vitamins and minerals would be assessed through dietary surveys.	Benefits to the consumer will begin to accrue after the implementation of the revised policy in late 1999 - 2000.

Performance of Regulatory Initiatives (continued)

Purpose of Regulatory / Legislative Initiative	Expected Results	Performance Measurement Criteria	Outcome
Food and Drug Regulations (Revision of Division 16 - Food Additive Tables) A draft Schedule of Amendments is in preparation and is expected to be published in <i>Canada Gazette</i>, Part I in 2001.	The new approach will give industry greater choice in the use of food additives, while continuing to ensure public safety.	Reduced food additive submission activity, reduced amendment of food standards, and a reduced number of compliance actions.	The contract to rectify deficiencies identified by Legal Services has been completed. Outcomes will begin to accrue one year following publication of Schedule of Amendments in <i>Canada Gazette</i>, Part II.
Food and Drug Regulations (Blood, Tissues, Organs and Xenografts) Awaiting finalization of CSA standards and consultation on regulatory frameworks.	Health Canada is proposing to introduce new regulations and update others to ensure the safety of blood and blood components as well as tissue and organ transplants, including xenotransplants.	Determination of the performance measurement criteria will be established once the final format and content of the regulations are known.	The outcomes of this initiative will not be seen until after these regulations have been completed and published.



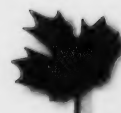
Performance of Regulatory Initiatives (continued)

Purpose of Regulatory / Legislative Initiative	Expected Results	Performance Measurement Criteria	Outcome
Tobacco (Products Information) Regulations On January 22, 2000, a Notice of Intent to regulate was published in <i>Canada Gazette</i>, Part I. Regulations are expected to become law before the end of 2000.	New regulations will be proposed that all tobacco products carry health warning labels within one year, and those that have more than 2% of the market have to have them in place 180 days after the regulations are registered. The aim is to provide Canadians (especially young people) with information about health effects of tobacco use. A consultation paper, <i>Options for Tobacco Promotion Regulations</i>, was published and distributed to industry and interested parties in January 1999 to solicit their comments.	Determination of the performance measurement criteria will be established once the final format and content of the regulations are known.	The outcomes of this initiative will not be seen until after these regulations have been completed and published.
Tobacco (Reporting) Regulations On January 22, 2000, a Notice of Intent to regulate was published in <i>Canada Gazette</i>, Part I. Regulations are expected to become law before the end of 2000.	The proposal is intended to expand the list of reportable ingredients and emissions, and will apply to all classes of tobacco products. To this end, a <i>Health Protection Branch Information Letter</i> was published on June 10, 1998 soliciting comments on these regulatory proposals. Comments were analyzed and, as a result, the regulatory text is being drafted by Regulations Section (Justice).	Determination of the performance measurement criteria will be established once the final format and content of the regulations are known.	The outcomes of this initiative will not be seen until after these regulations have been completed and published.



Performance of Regulatory Initiatives (continued)

Purpose of Regulatory / Legislative Initiative	Expected Results	Performance Measurement Criteria	Outcome
<i>Controlled Drugs and Substances Act</i> New regulations for benzodiazepines enacted June 2000.	New regulations for benzodiazepines and precursors and consolidation of existing regulations will provide an updated regulatory framework to comply with international obligations.	Determination of the performance measurement criteria will be established once the final format and content of the Act is known.	The outcomes of this initiative will not be seen until after these regulations have been completed and published.







SECTION V: FINANCIAL PERFORMANCE

Financial Performance Overview

The following financial summary tables are presented to provide an overview of Health Canada's 1999-2000 resource utilization along with prior years' comparative information. Again this year, Health Canada has strived to utilize resources in the most effective and efficient way possible, in an effort to ensure Canadians receive value for resources expended.

Overall in 1999-2000, Health Canada did not have significant lapses. A surplus of \$15.4M or one percent of the authorities in operating resources did occur. This was primarily attributable to delays encountered during the year in the start-up of new initiatives.



Financial Summary Tables

Table 1:
Summary of Voted Appropriations for 1999-2000

Financial Requirements by Authority (millions of dollars)

Vote	Planned Spending ⁽¹⁾ 1999-2000	Total Authorities ⁽²⁾ 1999-2000	Actual Spending ⁽²⁾ 1999-2000
Health Canada			
1 Operating expenditures	1,083.1	1,120.3	1,104.9
5 Grants and Contributions	850.5	864.5	864.5
(S) Minister of Health - Salary and motor car allowance	-	0.1	0.1
(S) Contributions to employee benefit plans	61.2	70.0	70.0
(S) Spending of proceeds from the disposal of surplus Crown assets	-	0.6	0.4
(S) Payments pursuant to section 30 of the <i>Crown Liability and Proceedings Act</i> in respect of the judgement in favour of individuals infected with Hepatitis C *	-	855.3	855.3
(S) Refunds of amounts credited to revenues in previous years	-	0.1	0.1
Total Department	1,994.8	2,910.9	2,895.3

Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.

Note (1): from the 1999-2000 Report on Plans and Priorities

Note (2): from the 1999-2000 Public Accounts

* A one-time court-ordered payment of \$855.3M provided compensation to individuals infected with Hepatitis C through the blood supply between January 1, 1986 and July 1, 1990.

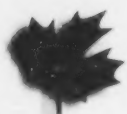


Table 2: Comparison of Total Planned to Actual Spending

Departmental Planned versus Actual Spending by Business Line (millions of dollars)

Business Lines	Full-Time Equivalents	Operating	Capital	Grants & Contributions	Total Gross Expenditures	Less: Respendable Revenues	Total Net Expenditures
Management of Risks to Health (Total authorities)	2,774	271.6	-	45.1	316.7	-44.9	271.8
(Actuals)	2,800	287.2	-	44.8	332.0	-55.8	276.2
Promotion of Population Health (Total authorities)**	2,711	273.7	-	44.8	318.5	-53.8	264.7
(Actuals)*	545	74.8	-	140.3	215.1	-	215.1
Aboriginal Health (Total authorities)	676	945.7	-	148.3	1,094.0	-	1,094.0
(Actuals)*	721	945.7	-	148.3	1,094.0	-	1,094.0
Health System Support and Renewal (Total authorities)	1,403	619.5	-	539.0	1,158.5	-9.1	1,149.4
(Actuals)	1,336	591.8	-	565.6	1,157.4	-9.1	1,148.3
Health Policy, Planning and Information (Total authorities)	1,336	589.5	-	565.6	1,155.1	-6.8	1,148.3
(Actuals)	88	11.0	-	71.5	82.5	-	82.5
Corporate Services (Total authorities)	63	5.3	-	43.8	49.1	-	49.1
(Actuals)	63	5.3	-	43.8	49.1	-	49.1
Health Policy, Planning and Information (Total authorities)	574	104.4	-	35.4	139.8	-	139.8
(Actuals)	865	148.7	-	29.8	178.5	-	178.5
Corporate Services (Total authorities)	855	148.5	-	29.8	178.3	-	178.3
(Actuals)	845	112.4	5.8	19.2	137.4	-1.2	136.2
Net Cost of the Program (Total authorities)	971	129.6	4.2	32.2	166.0	-1.2	164.8
(Actuals)	999	124.9	4.2	32.2	161.3	-0.4	160.9
Total	6,229	1,193.7	5.8	850.5	2,050.0	-55.2	1,994.8
(Total authorities)	6,711	2,108.3	4.2	864.5	2,977.0	-66.1	2,910.9
(Actuals)	6,685	2,087.6	4.2	864.5	2,956.3	-61.0	2,895.3
Non-Respendable Revenues (Total authorities)							-7.8
(Actuals)							-7.8
Cost of services provided by other departments (Total authorities)							-14.6
(Actuals)							40.0
Net Cost of the Program (Total authorities)							40.0
(Actuals)							49.5
Total							2,027.0
(Total authorities)							2,943.1
(Actuals)							2,930.2

Planned spending for 1999-2000 was updated to reflect the Budget 1999 resources by Business Line.
 * A one-time court-ordered payment of \$855.3M provided compensation to individuals infected with Hepatitis C through the blood supply between January 1, 1986 and July 1, 1990.



Financial Summary Tables

Table 1:
Summary of Voted Appropriations for 1999-2000

Financial Requirements by Authority (millions of dollars)

Vote	Planned Spending ⁽¹⁾ 1999-2000	Total Authorities ⁽²⁾ 1999-2000	Actual Spending ⁽²⁾ 1999-2000
Health Canada			
1 Operating expenditures	1,083.1	1,120.3	1,104.9
5 Grants and Contributions	850.5	864.5	864.5
(S) Minister of Health - Salary and motor car allowance	-	0.1	0.1
(S) Contributions to employee benefit plans	61.2	70.0	70.0
(S) Spending of proceeds from the disposal of surplus Crown assets	-	0.6	0.4
(S) Payments pursuant to section 30 of the <i>Crown Liability and Proceedings Act</i> in respect of the judgement in favour of individuals infected with Hepatitis C *	-	855.3	855.3
(S) Refunds of amounts credited to revenues in previous years	-	0.1	0.1
Total Department	1,994.8	2,910.9	2,895.3

Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.

Note (1): from the 1999-2000 Report on Plans and Priorities

Note (2): from the 1999-2000 Public Accounts

* A one-time court-ordered payment of \$855.3M provided compensation to individuals infected with Hepatitis C through the blood supply between January 1, 1986 and July 1, 1990.



Table 2: Comparison of Total Planned to Actual Spending

Departmental Planned versus Actual Spending by Business Line (millions of dollars)

Business Lines	Full-Time Equivalents	Operating	Capital	Grants & Contributions	Total Gross Expenditures	Less: Respendable Revenues	Total Net Expenditures
Management of Risks to Health (Total authorities)	2,774	271.6	-	45.1	316.7	-44.9	271.8
(Actuals)	2,800	287.2	-	44.8	332.0	-55.8	276.2
Promotion of Population Health (Total authorities)*	2,711	273.7	-	44.8	318.5	-53.8	264.7
(Actuals)*	545	74.8	-	140.3	215.1	-	215.1
Aboriginal Health (Total authorities)	676	945.7	-	148.3	1,094.0	-	1,094.0
(Actuals)	721	945.7	-	148.3	1,094.0	-	1,094.0
Health System Support and Renewal (Total authorities)	1,403	619.5	-	539.0	1,158.5	-9.1	1,149.4
(Actuals)	1,336	591.8	-	565.6	1,157.4	-9.1	1,148.3
Health Policy, Planning and Information (Total authorities)	1,336	589.5	-	565.6	1,155.1	-6.8	1,148.3
(Actuals)	88	11.0	-	71.5	82.5	-	82.5
Corporate Services (Total authorities)	63	5.3	-	43.8	49.1	-	49.1
(Actuals)	63	5.3	-	43.8	49.1	-	49.1
Health Policy, Planning and Information (Total authorities)	574	104.4	-	35.4	139.8	-	139.8
(Actuals)	865	148.7	-	29.8	178.5	-	178.5
Corporate Services (Total authorities)	855	148.5	-	29.8	178.3	-	178.3
(Actuals)	845	112.4	5.8	19.2	137.4	-1.2	136.2
Corporate Services (Total authorities)	971	129.6	4.2	32.2	166.0	-1.2	164.8
(Actuals)	999	124.9	4.2	32.2	161.3	-0.4	160.9
Total	6,229	1,193.7	5.8	850.5	2,050.0	-55.2	1,994.8
(Total authorities)	6,711	2,108.3	4.2	864.5	2,977.0	-66.1	2,910.9
(Actuals)	6,685	2,087.6	4.2	864.5	2,956.3	-61.0	2,895.3
Non-Respendable Revenues							
(Total authorities)							-7.8
(Actuals)							-7.8
Cost of services provided by other departments							-14.6
(Total authorities)							40.0
(Actuals)							40.0
Net Cost of the Program							49.5
(Total authorities)							2,027.0
(Actuals)							2,943.1
							2,930.2

Planned spending for 1999-2000 was updated to reflect the Budget 1999 resources by Business Line.

* A one-time court-ordered payment of \$855.3M provided compensation to individuals infected with Hepatitis C through the blood supply between January 1, 1986 and July 1, 1990.



Table 3:
Historical Comparison of Total Planned Spending to Actual Spending

Departmental Planned versus Actual Spending by Business Line (millions of dollars)

Business Lines	Actual Spending 1997-1998	Actual Spending 1998-1999	Planned * Spending 1999-2000	Total Authorities 1999-2000	Actual Spending 1999-2000
Management of Risks to Health	180.3	267.8	271.8	276.2	264.7
Promotion of Population Health **	175.1	201.6	215.1	1,094.0	1,093.9
Aboriginal Health	1,026.8	1,060.5	1,149.4	1,148.3	1,148.2
Health System Support and Renewal	14.6	30.7	82.5	49.1	49.2
Health Policy, Planning and Information	114.3	288.1	139.8	178.5	178.3
Corporate Services	131.7	146.1	136.2	164.8	161.0
Total	1,642.8	1,994.8	1,994.8	2,910.9	2,895.3

Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.

* Planned spending for 1999-2000 was updated to reflect the Budget 1999 resources by Business Line.

** A one-time court-ordered payment of \$855.3M provided compensation to individuals infected with Hepatitis C through the blood supply between January 1, 1986 and July 1, 1990.



Table 4: Resource Requirements by Organization and Business Line

Comparison of 1999-2000 (RPP) Planned Spending and Total Authorities to Actual Expenditures by Organization and Business Line (millions of dollars)

Organization	Management of Risks to Health	Promotion of Population Health*	Aboriginal Health	Health System Support and Renewal	Health Policy, Planning and Information	Corporate Services	Total Net Expenditures
Health Protection (Total authorities)	221.6	-	-	-	14.8	-	236.4
(Actuals)	228.6	-	-	-	25.9	-	254.5
Pest Management Regulatory Agency (Total authorities)	217.0	-	-	-	25.9	-	242.9
(Actuals)	15.9	-	-	-	-	-	15.9
Health Promotion and Programs (Total authorities)	19.3	-	-	-	-	-	19.3
(Actuals)	19.3	-	-	-	-	-	19.3
Health Promotion and Programs (Total authorities)	9.9	215.1	22.1	2.6	14.1	-	263.8
(Actuals)	2.2	1,094.0	22.0	2.9	0.0	-	1,121.1
Medical Services (Total authorities)	2.2	1,094.0	22.0	2.9	0.0	-	1,121.1
(Actuals)	1.5	-	1,127.3	-	-	-	1,128.8
Occupational Health and Safety Agency (Total authorities)	1.7	-	1,126.3	-	-	-	1,128.0
(Actuals)	1.8	-	1,126.3	-	-	-	1,128.1
Policy and Consultation (Total authorities)	22.9	-	-	-	-	-	22.9
(Actuals)	24.4	-	-	-	-	-	24.4
Corporate Services (Total authorities)	24.4	-	-	-	-	-	24.4
(Actuals)	-	-	-	79.9	68.0	-	147.9
Information, Analysis & Connectivity (Total authorities)	-	-	-	46.2	75.9	-	122.1
(Actuals)	-	-	-	46.2	75.9	-	122.1
Corporate Services (Total authorities)	-	-	-	-	14.5	133.3	147.8
(Actuals)	-	-	-	-	24.5	128.3	152.8
Information, Analysis & Connectivity (Total authorities)	-	-	-	-	24.3	124.4	148.7
(Actuals)	-	-	-	-	28.4	2.9	31.3
Total (Planned spending)	271.8	215.1	1,149.4	82.5	139.8	136.2	1,994.8
(Total authorities)	276.2	1,094.0	1,148.3	49.1	178.5	164.8	2,910.9
(Actuals)	264.7	1,094.0	1,148.3	49.1	178.3	160.9	2,895.3
% of Total **	13.0%	11.7%	56.3%	2.4%	8.7%	7.9%	100%

Note: Numbers in italics denote Total Authorities for 1999-2000 (Main and Supplementary Estimates and other authorities).

Bolded numbers denote actual expenditures/revenues in 1999-2000.

Planned spending for 1999-2000 was updated to reflect the Budget 1999 resources by Business Line.

* A one-time court-ordered payment of \$855.3M provided compensation to individuals infected with Hepatitis C through the blood supply between January 1, 1986 and July 1, 1990.

** A one-time court-ordered payment of \$855.3M has been removed from the "% of Total" to allow for comparability with previous years.



Table 3:**Historical Comparison of Total Planned Spending to Actual Spending**

Departmental Planned versus Actual Spending by Business Line (millions of dollars)

Business Lines	Actual Spending 1997-1998	Actual Spending 1998-1999	Planned * Spending 1999-2000	Total Authorities 1999-2000	Actual Spending 1999-2000
Management of Risks to Health	180.3	267.8	271.8	276.2	264.7
Promotion of Population Health **	175.1	201.6	215.1	1,094.0	1,093.9
Aboriginal Health	1,026.8	1,060.5	1,149.4	1,148.3	1,148.2
Health System Support and Renewal	14.6	30.7	82.5	49.1	49.2
Health Policy, Planning and Information	114.3	288.1	139.8	178.5	178.3
Corporate Services	131.7	146.1	136.2	164.8	161.0
Total	1,642.8	1,994.8	1,994.8	2,010.9	2,895.3

Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.

* Planned spending for 1999-2000 was updated to reflect the Budget 1999 resources by Business Line.

** A one-time court-ordered payment of \$855.3M provided compensation to individuals infected with Hepatitis C through the blood supply between January 1, 1986 and July 1, 1990.



Table 4: Resource Requirements by Organization and Business Line

Comparison of 1999-2000 (RPP) Planned Spending and Total Authorities to Actual Expenditures by Organization and Business Line (millions of dollars)

Organization	Management of Risks to Health	Promotion of Population Health*	Aboriginal Health	Health System Support and Renewal	Health Policy, Planning and Information	Corporate Services	Total Net Expenditures
Health Protection (Total authorities)	221.6	-	-	-	14.8	-	236.4
(Actuals)	228.6	-	-	-	25.9	-	254.5
Pest Management Regulatory Agency (Total authorities)	15.9	-	-	-	25.9	-	242.9
(Actuals)	19.3	-	-	-	-	-	15.9
Health Promotion and Programs (Total authorities)	9.9	215.1	22.1	2.6	14.1	-	19.3
(Actuals)	2.2	1,094.0	22.0	2.9	0.0	-	263.8
Medical Services (Total authorities)	1.5	-	1,127.3	2.9	0.0	-	1,121.1
(Actuals)	1.7	-	1,126.3	-	-	-	1,128.8
Occupational Health and Safety Agency (Total authorities)	1.8	-	1,126.3	-	-	-	1,128.0
(Actuals)	22.9	-	-	-	-	-	1,128.1
Policy and Consultation (Total authorities)	24.4	-	-	-	-	-	22.9
(Actuals)	24.4	-	-	-	-	-	24.4
Corporate Services (Total authorities)	-	-	-	79.9	68.0	-	24.4
(Actuals)	-	-	-	46.2	75.9	-	147.9
Information, Analysis & Connectivity (Total authorities)	-	-	-	46.2	75.9	-	122.1
(Actuals)	-	-	-	-	14.5	133.3	122.1
Total (Planned spending)	271.8	215.1	1,149.4	82.5	139.8	136.2	1,994.8
(Total authorities)	276.2	1,094.0	1,148.3	49.1	178.5	164.8	2,910.9
(Actuals)	264.7	1,094.0	1,148.3	49.1	178.3	160.9	2,895.3
% of Total **	13.0%	11.7%	56.3%	2.4%	8.7%	7.9%	100%

Note: Numbers in italics denote Total Authorities for 1999-2000 (Main and Supplementary Estimates and other authorities).

Bolded numbers denote actual expenditures/revenues in 1999-2000.

Planned spending for 1999-2000 was updated to reflect the Budget 1999 resources by Business Line.

* A one-time court-ordered payment of \$855.3M provided compensation to individuals infected with Hepatitis C through the blood supply between January 1, 1986 and July 1, 1990.

** A one-time court-ordered payment of \$855.3M has been removed from the "% of Total" to allow for comparability with previous years.



Table 5:
Responsible Revenues

(millions of dollars)

Business Lines/ Service Lines	Actual 1997-1998	Actual 1998-1999	Planned Revenues 1999-2000	Total Authorities 1999-2000	Actual 1999-2000
Management of Risks to Health					
Food Safety, Quality and Nutrition	0.7	1.0	1.3	1.3	1.1
Therapeutic Product Regulation	35.5	31.8	34.7	39.3	38.7
Environmental Health	2.2	2.0	3.3	3.3	2.1
Occupational Health and Safety Agency	2.7	4.1	5.3	5.3	4.5
Pest Management Regulation	7.4	7.8	0.2	6.5	7.3
Emergency Services	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Aboriginal Health					
Indian and Inuit Health	7.0	6.7	9.1	9.1	6.8
Corporate Services	1.3	1.2	1.2	1.2	0.4
Total Responsible Revenues	56.9	54.7	55.2	66.1	61.0

Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.

Responsible Revenues: These revenues were formerly called "Revenues Credited to the Vote" and are available for spending by the Department.

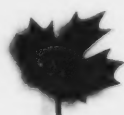


Table 6:
Non-Respendable Revenues

(millions of dollars)

Main Classification and Source	Actual 1997-1998	Actual 1998-1999	Planned * Revenues 1999-2000	Total Authorities 1999-2000	Actual 1999-2000
Tax revenues:					
Goods and services tax	-	0.2	-	-	0.3
Non-tax revenues:					
Food and drug analysis fees	-	-	0.2	0.2	-
Refunds of expenditures	10.4	6.3	-	-	5.2
Service fees	2.6	2.1	2.8	2.8	1.9
Pharmacy and dietary revenues	-	-	3.6	3.6	-
Proceeds from the disposal of surplus Crown assets	0.3	0.3	-	-	0.6
Miscellaneous non-tax revenues	7.4	7.0	1.2	1.2	6.6
Total Non-Respendable Revenues	20.7	15.9	7.8	7.8	14.6

Non-Respendable Revenues: These revenues were formerly called "Revenues Credited to the Consolidated Revenue Fund". They are not available to be spent by the Department but are available to the Government.



Table 5:
Respendable Revenues

(millions of dollars)

Business Lines/ Service Lines	Actual 1997-1998	Actual 1998-1999	Planned Revenues 1999-2000	Total Authorities 1999-2000	Actual 1999-2000
Management of Risks to Health					
Food Safety, Quality and Nutrition	0.7	1.0	1.3	1.3	1.1
Therapeutic Product Regulation	35.5	31.8	34.7	39.3	38.7
Environmental Health	2.2	2.0	3.3	3.3	2.1
Occupational Health and Safety Agency	2.7	4.1	5.3	5.3	4.5
Pest Management Regulation	7.4	7.8	0.2	6.5	7.3
Emergency Services	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Aboriginal Health					
Indian and Inuit Health	7.0	6.7	9.1	9.1	6.8
Corporate Services					
	1.3	1.2	1.2	1.2	0.4
Total Respendable Revenues	56.9	54.7	55.2	66.1	61.0

Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.

Respendable Revenues: These revenues were formerly called "Revenues Credited to the Vote" and are available for spending by the Department.



Table 6:
Non-Respendable Revenues

(millions of dollars)

Main Classification and Source	Actual 1997-1998	Actual 1998-1999	Planned * Revenues 1999-2000	Total Authorities 1999-2000	Actual 1999-2000
Tax revenues:					
Goods and services tax	-	0.2	-	-	0.3
Non-tax revenues:					
Food and drug analysis fees	-	-	0.2	0.2	-
Refunds of expenditures	10.4	6.3	-	-	5.2
Service fees	2.6	2.1	2.8	2.8	1.9
Pharmacy and dietary revenues	-	-	3.6	3.6	-
Proceeds from the disposal of surplus Crown assets	0.3	0.3	-	-	0.6
Miscellaneous non-tax revenues	7.4	7.0	1.2	1.2	6.6
Total Non-Respendable Revenues	20.7	15.9	7.8	7.8	14.6

Non-Respendable Revenues: These revenues were formerly called "Revenues Credited to the Consolidated Revenue Fund" They are not available to be spent by the Department but are available to the Government.



Table 7:
Statutory Payments

(millions of dollars)

Business Lines	Actual Spending 1997-1998	Actual Spending 1998-1999	Planned * Spending 1999-2000	Total Authorities 1999-2000	Actual Spending 1999-2000
Promotion of Population Health	-	-	-	855.3	855.3
Total Statutory Payments	-	-	-	855.3	855.3

Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.

* A one-time court-ordered payment of \$855.3M provided compensation to individuals infected with Hepatitis C through the blood supply between January 1, 1986 and July 1, 1990.



Table 8:
Transfer Payments

(millions of dollars)

Business Lines	Actual Spending 1997-1998	Actual Spending 1998-1999	Planned * Spending 1999-2000	Total Authorities 1999-2000	Actual Spending 1999-2000
Grants					
Management of Risks to Health	0.1	30.1	37.1	37.1	37.1
Promotion of Population Health	10.4	15.8	17.0	17.8	17.8
Aboriginal Health	0.6	-	-	-	-
Health Policy, Planning and Information	23.0	167.1	11.9	11.9	11.9
Total Grants	34.1	213.0	66.0	66.8	66.8
Contributions					
Management of Risks to Health	8.5	12.6	8.0	7.7	7.7
Promotion of Population Health	110.4	118.8	123.3	130.5	130.5
Aboriginal Health	461.8	505.1	539.0	565.6	565.6
Health System Support and Renewal	10.4	24.2	71.5	43.8	43.8
Health Policy, Planning and Information	26.0	18.8	23.5	17.9	17.9
Corporate Services	33.2	30.8	19.2	32.2	32.2
Total Contributions	650.3	710.3	784.5	797.7	797.7
Total Transfer Payments	684.4	923.3	850.5	864.5	864.5

Table does not include Statutory Payments.

Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.

* Planned spending for 1999-2000 was updated to reflect the Budget 1999 resources by Business Line.



Table 7:
Statutory Payments

(millions of dollars)

Business Lines	Actual Spending 1997-1998	Actual Spending 1998-1999	Planned * Spending 1999-2000	Total Authorities 1999-2000	Actual Spending 1999-2000
Promotion of Population Health	-	-	-	855.3	855.3
Total Statutory Payments	-	-	-	855.3	855.3

Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.

* A one-time court-ordered payment of \$855.3M provided compensation to individuals infected with Hepatitis C through the blood supply between January 1, 1986 and July 1, 1990.



Table 8:
Transfer Payments

(millions of dollars)

Business Lines	Actual Spending 1997-1998	Actual Spending 1998-1999	Planned * Spending 1999-2000	Total Authorities 1999-2000	Actual Spending 1999-2000
Grants					
Management of Risks to Health	0.1	30.1	37.1	37.1	37.1
Promotion of Population Health	10.4	15.8	17.0	17.8	17.8
Aboriginal Health	0.6	-	-	-	-
Health Policy, Planning and Information	23.0	167.1	11.9	11.9	11.9
Total Grants	34.1	213.0	66.0	66.8	66.8
Contributions					
Management of Risks to Health	8.5	12.6	8.0	7.7	7.7
Promotion of Population Health	110.4	118.8	123.3	130.5	130.5
Aboriginal Health	461.8	505.1	539.0	565.6	565.6
Health System Support and Renewal	10.4	24.2	71.5	43.8	43.8
Health Policy, Planning and Information	26.0	18.8	23.5	17.9	17.9
Corporate Services	33.2	30.8	19.2	32.2	32.2
Total Contributions	650.3	710.3	784.5	797.7	797.7
Total Transfer Payments	684.4	923.3	850.5	864.5	864.5

Table does not include Statutory Payments.

Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.

* Planned spending for 1999-2000 was updated to reflect the Budget 1999 resources by Business Line.



Table 9:
Capital Spending

(millions of dollars)

Business Lines	Actual Spending 1997-1998	Actual Spending 1998-1999	Planned Spending 1999-2000	Total Authorities 1999-2000	Actual Spending 1999-2000
Corporate Services	9.3	4.2	5.8	4.2	4.2
Total Capital Spending	9.3	4.2	5.8	4.2	4.2

Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.



Table 9: Capital Spending

(millions of dollars)

Business Lines	Actual Spending 1997-1998	Actual Spending 1998-1999	Planned Spending 1999-2000	Total Authorities 1999-2000	Actual Spending 1999-2000
Corporate Services	9.3	4.2	5.8	4.2	4.2
Total Capital Spending	9.3	4.2	5.8	4.2	4.2

Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.

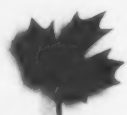


Table 10:

Contingent Liabilities

There are a number of individual as well as class action suits against the Government with allegations of negligence, particularly related to Hepatitis C and the federal government's role in the regulation of medical devices. Because of the complexity involved in determining any federal obligation, a reliable estimate of potential costs cannot be made at this time with regard to the class action and individual suits.

The class action suits for Canadians infected with Hepatitis C through the Canadian blood system between January 1, 1986 and July 1, 1990 were resolved through the Settlement Agreement approved by the courts effective January 2000. Class action suit members are bound by the settlement unless they opt out in writing before January 31, 2001, at which point they may pursue individual actions against the Government. In January 2000, the federal government paid approximately \$855.3 million to the settlement trustee appointed by the courts, fully discharging the federal government liability for the class action suits related to the 1986-1990 period under the settlement.

The remaining individual and class actions suits are being defended.







SECTION VI: OTHER INFORMATION

Departmental Contacts

General enquiries

Write to us:

Health Canada
0913A, 13th Floor, Brooke Claxton Building
Ottawa, Ontario K1A 0K9
CANADA

Web site: < <http://www.hc-sc.gc.ca/> >

E-mail us: < <http://www.hc-sc.gc.ca/english/feedback.htm#general> >

Fax us: General enquiries (613) 941-5366

Telephone us: Headquarters (613) 957-2991

Deputy Minister

0915B Brooke Claxton Building
Ottawa, Ontario K1A 0K9
(613) 957-0212

Senior Assistant Deputy Minister

Corporate Services Branch
0905B Brooke Claxton Building
Ottawa, Ontario K1A 0K9
(613) 952-3984

Assistant Deputy Minister

First Nations and Inuit Health Branch
1921A Jeanne Mance Building
Ottawa, Ontario K1A 0L3
(613) 957-7701

Associate Deputy Minister

0915A Brooke Claxton Building
Ottawa, Ontario K1A 0K9
(613) 954-5904

Assistant Deputy Minister

Health Policy and
Communications Branch
0911B Brooke Claxton Building
Ottawa, Ontario K1A 0K9
(613) 957-3059

Assistant Deputy Minister

Health Products and Food Branch
0701A1 Health Protection Building
Ottawa, Ontario K1A 0L2
(613) 957-1804



Assistant Deputy Minister

Population and Public Health
Branch
1916A Jeanne Mance Building
Ottawa, Ontario K1A 0K9
(613) 954-8524

Assistant Deputy Minister

Healthy Environments and Consumer
Safety Branch
1600 Scott Street, Holland Cross
Tower B, 5th floor 3105A
Ottawa, Ontario K1A 1B6
(613) 946-6701

Regional Director General

Quebec Region
Complexe Guy Favreau, East Tower
Suite 202
200 René Lévesque Blvd.
Montreal, Quebec H2Z 1X4
(514) 283-2856

Regional Director General

Manitoba and Saskatchewan Region
391 York Avenue, Suite 415
Winnipeg, Manitoba R3C 0P4
(204) 984-4359

Regional Director General

British Columbia and Yukon Region
2nd Floor, Room 235, Sinclair Centre -
Federal Tower
757 West Hasting Street
Vancouver, British Columbia V6C 1A1
(604) 666-5251

Executive Director

Pest Management Regulatory Agency
6607D2, 2250 Riverside Drive
Ottawa, Ontario K1A 0K9
(613) 736-3708

Chief Executive Officer

Occupational Health and Safety
Agency
1903A1 Jeanne Mance Building
Ottawa, Ontario K1A 0L3
(613) 957-7669

Assistant Deputy Minister

Information, Analysis and
Connectivity Branch
0913D Brooke Claxton Building
Ottawa, Ontario K1A 0K9
(613) 946-3209

Regional Director General

Atlantic Region
Maritime Centre, Suite 1918
1505 Barrington Street
Halifax, Nova Scotia B3J 3Y6
(902) 426-4097

Regional Director General

Ontario and Nunavut Region
4th Floor
25 St. Clair Avenue East
Toronto, Ontario M4T 1M2
(416) 954-3592

Regional Director General

Alberta and Northwest Territories Region
Canada Place, Suite 710
9700 Jasper Avenue
Edmonton, Alberta T5J 4C3
(780) 495-6737

Senior General Counsel

Legal Services
0902D Brooke Claxton Building
Ottawa, Ontario K1A 0K9
(613) 957-3766

Director, Internal Audit

Corporate Services Branch
0914D Brooke Claxton Building
Ottawa, Ontario K1A 0K9
(613) 957-4362



References

Health Canada documents can be ordered from:

Publications
Health Canada
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

Telephone: (613) 954-5995
Fax: (613) 941-5366
Telecommunication Device for the Deaf: 1-800-267-1245

The following are examples of documents available.

Reports:

A New Approach to Health Research for the 21st Century
A New Perspective on the Health of Canadians
Aboriginal Health in Canada
Canada Health Action: Building on the Legacy
Canada Health Infoway
Canada's Alcohol and Other Drugs Survey: Preview 1995
Family Centered Maternity and Newborn Care: National Guidelines
How Effective are Alcohol and Other Drug Treatment Programs
Nutrition for a Healthy Pregnancy
Toward a Healthy Future: Second Report on the Health of Canadians
Trends in the Health of Canadian Youth
Various reports on Mental Health

Books, brochures, kits and posters on the following subjects:

AIDS
Alcohol and Drug Abuse
Children
Family Violence
Fitness
Health and the Environment
Heart Health
Maternity and Newborn Care
Mental Health
Native Issues
Nutrition and Food Safety
Product Safety
Seniors
Tobacco



Listing of Statutes and Regulations

PART 1

STATUTES and/or REGULATIONS FOR WHICH THE MINISTER OF HEALTH IS RESPONSIBLE

Part 1 includes the Acts in whole or in part and/or specific regulations which are under the responsibility of the Minister of Health/

Canada Health Act, R.S.C. 1985, c. C-6

- Extra-billing and User Charges Information Regulations, SOR/86-259

Canadian Centre on Substance Abuse Act, R.S.C. 1985, c. 49 (4th Supp.)

Canadian Environmental Protection Act 1999, S.C. 1999, c. 33

Controlled Drugs and Substances Act, R.S.C. 1985, c. C-38.8

Department of Health Act, R.S.C. 1985, c. H-3.2

- Potable Water on Common Carriers, C.R.C. 1105
- Human Pathogens Importation Regulations, SOR/94-558

Financial Administration Act, R.S.C. 1985, c. F-11

- Dosimetry Services Fees Regulations, SOR/90-109, SOR/94-279
- Authority to Sell Drugs Fees Regulations, SOR/95-31
- Drug Evaluation Fees Regulations, SOR/95-424
- Medical Devices Fees Regulations, SOR/95-585
- Veterinary Drug Evaluation Fees Regulations, SOR/96-143
- Regulations Prescribing Fees to be Paid for a Pest Control Product, SOR/97-173
- Establishment Licensing Fees Regulations, SOR/98-4
- Licensed dealers for Controlled Drugs and Narcotics Fees Regulations, SOR/98-5

Fitness and Amateur Sport Act, R.S.C. 1985, c. F-25

Food and Drugs Act, R.S.C. 1985, c. F-27

Hazardous Materials Information Review Act, R.S.C. 1985, c. H-2.7

Hazardous Products Act, R.S.C. 1985, c. H-3

Medical Research Council Act, R.S.C. 1985, c. M-4 and the *Canadian Institutes of Health Research Act*, S.C. 2000 c. 6, except for the sections 40, 41, 43, 45, 47, 49 and 51 which are not into force yet

Patent Act, R.S.C. 1985, c. P-4

- Patented Medicines (Notice of Compliance) Regulations, SOR/93-133, SOR/98-166



- Patented Medicines Regulations, SOR/88-474, SOR/94-688, SOR/95-172, SOR/98-105

Pest Control Products Act, R.S.C. 1985, c. P-9

Pesticide Residue Compensation Act, R.S.C. 1985, c. P-10

Quarantine Act, R.S.C. 1985, c. Q-1

Queen Elizabeth II Canadian Research Fund Act, R.S.C. 1970, c. Q-1

Radiation Emitting Devices Act, R.S.C. 1985, c. R-1

Tobacco Act, R.S.C. 1985, c. T-11.5

- Tobacco (Access) Regulations, SOR/99-93
- Tobacco (Seizure and Restoration) Regulations, SOR/99-94
- Tobacco Products Information Regulations, SOR/2000-272
- Tobacco Reporting Regulations, SOR/2000-273

PART 2

STATUTES NOT ADMINISTERED BY THE MINISTER OF HEALTH

Part 2 includes the Acts which are administered by other Ministers in which the Minister of Health Plays an Advisory or Consultative Role

Nuclear Safety and Control Act, R.S.C. 1985, N-28.3

- General Nuclear Safety and Control Regulations, SOR/2000-202

Broadcasting Act, R.S.C. 1985, c. B-9.01

Canada Labour Code, R.S.C. 1985, c. L-2

Canada Medical Act, R.S.C., 1952, c. 27

Canada Shipping Act, R.S.C., 1985, c. S-9

- Ships Crews Food and Catering Regulations, C.R.C., 1978, c. 1480

Canadian Food Inspection Agency Act, R.S.C., 1985, c. C-16.5

Emergency Preparedness Act, R.S.C., 1985, c. 6 (4th Supp.)

Energy Supplies Emergency Act, R.S.C., 1985, c.E-9

Excise Tax Act, R.S.C., 1985, c. E-15

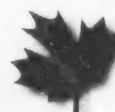
Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act, R.S.C. 1985, c.F-8

Feeds Act, R.S.C., 1985, c.F-9

Immigration Act, R.S.C. 1985, c.I-2

National Parks Act, R.S.C., 1985, c. N-14

Trade Marks Act, R.S.C., 1985, c.T-13



Index

- Aboriginal/First Nations and Inuit 12, 14, 15, 17, 20, 22, 23, 28, 46, 59, 60, 62-66, 73, 76, 77, 80, 82, 83, 84, 85, 93, 95, 96, 99, 103, 105
 - Aboriginal Career Development Initiative 76
 - Aboriginal Diabetes 15, 58, 63, 85
 - Aboriginal Head Start 15, 59, 63, 66, 84, 85
 - Capital Construction for First Nations and Inuit Communities Contribution Program 77
 - First Nations and Inuit Health Information System 15, 16, 65, 72, 73
 - First Nations and Inuit Home and Community Care Program 14, 85
 - National Native Alcohol and Drug Abuse Program 66
 - Non-Insured Health Benefits Program 14, 15, 28, 64, 65, 66
 - Organisation for the Advancement of Aboriginal Peoples' Health 15, 63
- Acts
 - Auditor General's Act 82
 - Canada Food Safety and Inspection Act 35
 - Canada Health Act 11, 28, 31, 67, 106
 - Canadian Environmental Assessment Act 43
 - Canadian Environmental Protection Act 83, 106
 - Controlled Drugs and Substances Act 19, 89, 106
 - Department of Health Act Act 19, 106
 - Food and Drugs Act 19, 35, 38, 106
 - Hazardous Products Act 43, 106
 - Health Protection Act 35, 43
 - Radiation Emitting Devices Act 43, 107
 - Tobacco Act 43, 107
- air pollution 42, 83
- alcohol 63, 105
 - Alcohol and Drug Treatment and Rehabilitation Program 58, 61, 105
- biotechnology 13, 21, 38
- blood 13, 23, 27, 34, 39, 40, 45, 54, 55, 72, 87, 92, 93, 94, 95, 98
 - Canadian Blood Services 13, 40, 41
- Canada Health and Social Transfer 11
- Canadian Food Inspection Agency 35, 37, 38, 47
- Canadian Health Infostructure 65, 72
- Canadian Health Network 14, 58, 72, 73
- Canadian Institute for Health Information 32, 60
- Canadian Population Health Initiative 60
- chemicals 37, 38, 44, 52, 83, 84
- children/childhood 12, 16, 23, 43, 57, 59, 72, 73, 84, 105
 - Aboriginal 59, 63, 64, 84
 - Centres of Excellence for Children's Well-Being 59
 - Community Action Program for Children 59, 61, 84
 - Community Animation Program 84



- determinants of health 23, 28, 33, 56, 71, 82
- disease 13, 16, 19, 23, 27, 28, 33, 34, 37, 45, 46, 47, 54, 55, 58, 61, 72, 80, 83
 - asthma 46
 - breast cancer 14, 43, 47, 58
 - cancer 20, 37, 58, 83
 - Creutzfeldt-Jakob 40, 54
 - diabetes 12, 13, 14, 20, 46, 58, 73
 - heart 20, 22
 - hepatitis C 33, 55, 56, 57, 61, 62, 67, 70, 75, 92, 93, 94, 95, 98, 101
 - HIV/AIDS 21, 40, 41, 46, 55, 59, 60, 61, 74, 105
 - non-Hodgkin's lymphoma 83
 - tuberculosis 47
- drugs 21, 23, 27, 33, 34, 39, 41, 59, 64, 97
 - illicit 39
 - medicinal marijuana 13, 39, 41
 - veterinary 37
- emergency services 50, 96
 - Federal Nuclear Emergency Plan 44, 50
- environmental health 12, 42, 43, 80, 96
- family violence 59, 105
- food
 - 13, 17, 23, 33, 34, 36, 37, 38, 44, 46, 47, 50, 73, 82, 83, 86, 87, 96, 97, 103, 105
- genetics 21, 37, 43, 71, 72, 82
- Great Lakes Health Effects Program 83
- Health Infostructure Support Program 69
- health surveillance 13, 16, 24, 33, 37, 46, 54, 73, 83
- Health Transition Fund 15, 65, 68, 69
- home and community care 12, 14, 15, 16, 63, 68, 69, 71
- medical devices 23, 27, 33, 34, 39, 101
- mental health 31, 57, 63, 64, 66, 105
- natural health products 13, 35, 39
- nutrition 36, 37, 57, 83, 86, 96, 105
 - Canada Prenatal Nutrition Program 56, 59, 61, 63, 84
- occupational health 17, 27, 34, 48, 49, 95, 96, 104
- Office of Consumer Affairs and Public Involvement 13, 31, 34
- Office of Nursing Policy 16, 69
- pest control products/pesticides 13, 23, 27, 33, 34, 38, 51, 52, 53, 84, 96, 107
 - Pest Management Advisory Council 52
 - Pest Management Regulatory Agency 17, 25, 40, 51, 53, 95, 104
- physical activity 14, 57
- Population Health Fund 57, 61
- privacy 16, 73



- radiation 43, 44, 50
- Regulations
 - Food and Drug 86, 87
 - Novel Food 38
 - Semen 40
 - Tobacco (Access) 107
 - Tobacco (Products Information) 88, 107
 - Tobacco (Promotion) 88
 - Tobacco (Reporting) 88, 107
- reproductive health 58, 71, 83
- research 12, 16, 24, 29, 30, 37, 42, 54, 57, 60, 63, 68, 69, 70-71, 72, 77, 82, 105
 - Canadian Health Services Research Foundation 71
 - Canadian Institutes of Health Research 12, 16, 70, 71
 - National Health Research and Development Program 16, 71, 74
- risk assessment 34, 37, 38, 45, 79, 83
- risk management 35, 79, 80
- rural health 58, 69
- seniors/aging 16, 57, 68, 71, 105
- Social Union Framework Agreement 32
- Sudden Infant Death Syndrome 59
- suicide 20
- sustainable development 42, 82-83, 85
- telehealth 15, 16, 65, 69, 72, 73, 74
- therapeutic products 23, 27, 33, 34, 39, 40, 96
- tobacco/smoking 12, 14, 28, 43, 60, 60-61, 85, 88, 105
 - Youth Advisory Committee 43, 60
- toxic substances 44, 82, 83
 - Toxic Substances Research Initiative 43
- water 23, 37, 44, 46, 64, 83, 85, 106
- women 20, 56, 58, 68, 73, 84
 - Centres of Excellence for Women's Health 68
 - pregnant 56, 59, 105
- xenotransplants 41, 87





Santé Canada

Rapport sur le rendement

Pour la période se terminant
le 31 mars 2000

Canada

Présentation améliorée des rapports au Parlement

Document pilote

Le Budget des dépenses du gouvernement du Canada est divisé en plusieurs parties. Commenant par un aperçu des dépenses totales du gouvernement dans la Partie I, les documents deviennent de plus en plus détaillés. Dans la Partie II, les dépenses sont décrites selon les ministères, les organismes et les programmes. Cette partie renferme aussi le libellé proposé des conditions qui s'appliquent aux pouvoirs de dépenser qu'on demande au Parlement d'accorder.

Le *Rapport sur les plans et les priorités* fournit des détails supplémentaires sur chacun des ministères ainsi que sur leurs programmes qui sont principalement axés sur une planification plus stratégique et les renseignements sur les résultats escomptés.

Le *Rapport sur le rendement* met l'accent sur la responsabilisation basée sur les résultats en indiquant les réalisations en fonction des prévisions de rendement et les engagements à l'endroit des résultats qui sont exposés dans le *Rapport sur les plans et les priorités*.

©Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada — 2000

En vente au Canada chez votre libraire local ou par la poste auprès des

Éditions du gouvernement du Canada – TPSGC

Ottawa, Canada K1A 0S9

N^o de catalogue BT31-4/42-2000

ISBN 0-660-61413-8



Avant-propos

Le 24 avril 1997, la Chambre des communes a adopté une motion afin de répartir, dans le cadre d'un projet pilote, la *Partie III du Budget principal des dépenses* pour chaque ministère ou organisme en deux documents, soit le *Rapport sur les plans et les priorités* déposé au printemps et le *Rapport ministériel sur le rendement* déposé à l'automne.

Cette décision découle des engagements pris par le gouvernement d'améliorer l'information fournie au Parlement sur la gestion des dépenses. Cette démarche vise à mieux cibler les résultats, à rendre plus transparente l'information fournie et à moderniser la préparation de cette information.

Cette année, la série de rapports sur le rendement d'automne comprend 83 rapports ministériels sur le rendement ainsi que le rapport annuel du Président intitulé *Une gestion axée sur les résultats* – 2000.

Ce *Rapport ministériel sur le rendement*, qui couvre la période se terminant le 31 mars 2000, porte sur une responsabilisation axée sur les résultats en signalant les réalisations par rapport aux attentes en matière de rendement et aux engagements en matière de résultats énoncés dans le *Rapport sur les plans et priorités* pour 1999-00 déposé au Parlement au printemps de 1999.

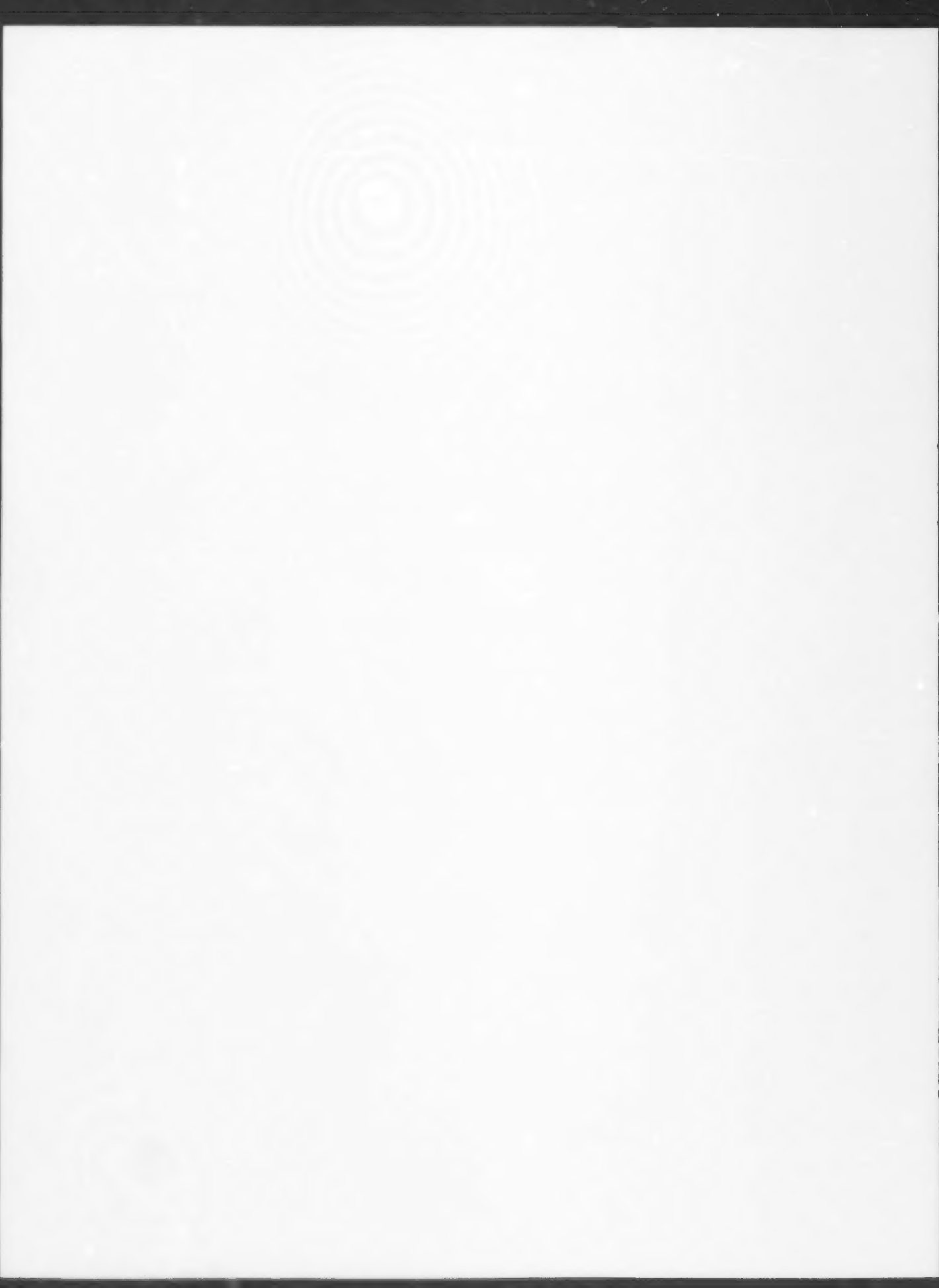
Il faut, dans le contexte d'une gestion axée sur les résultats, préciser les résultats de programme prévus, élaborer des indicateurs pertinents pour démontrer le rendement, perfectionner la capacité de générer de l'information et soumettre un rapport équilibré sur les réalisations. Gérer en fonction des résultats et en rendre compte nécessitent un travail soutenu dans toute l'administration fédérale.

Le gouvernement continue de perfectionner les systèmes de gestion ainsi que le cadre de gestion sur le rendement. Le perfectionnement découle de l'expérience acquise, les utilisateurs fournissant au fur et à mesure des précisions sur leurs besoins en information. Les rapports sur le rendement et leur utilisation continueront de faire l'objet d'un suivi pour s'assurer qu'ils répondent aux besoins actuels et en évolution du Parlement.

Ce rapport peut être consulté par voie électronique sur le site Internet du Secrétariat du Conseil du Trésor à l'adresse suivante : <http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr/dprf.asp>

Les observations ou les questions peuvent être adressées au gestionnaire du site Internet du SCT ou à l'organisme suivant:

Secteur de la planification, du rendement et des rapports
Secrétariat du Conseil du Trésor
L'Esplanade Laurier
Ottawa (Ontario) Canada K1A 0R5
Téléphone : (613) 957-7167
Télécopieur : (613) 957-7044





SANTÉ CANADA

Rapport ministériel sur le rendement

Pour la période se terminant
le 31 mars 2000

Allan Rock
Ministre de la Santé

Le présent rapport

Santé Canada est fier de présenter au Parlement et à tous les Canadiens et Canadiennes ce présent rapport sur le rendement du Ministère pour l'exercice financier prenant fin le 31 mars 2000.

Le document donne un aperçu de la façon dont Santé Canada a utilisé l'argent des contribuables dans l'intérêt général des Canadiens et des Canadiennes. Le Ministère étant vaste et complexe, il faudrait plus d'espace que nous n'en avons ici pour rendre compte de toutes les réalisations de chacun des programmes.

Par conséquent, nous avons décidé de nous en tenir aux réalisations qui pourraient intéresser le Parlement et le grand public.

Les programmes de Santé Canada se répartissent entre les six secteurs d'activité suivants :

- Gestion des risques pour la santé
- Promotion de la santé de la population
- Santé des Autochtones
- Soutien et renouvellement du système de santé
- Politiques, planification et information en matière de santé
- Services ministériels

Aucun effort n'a été épargné pour rendre le présent rapport aussi clair et concis que possible. Si vous désirez des éclaircissements ou de plus amples renseignements sur un programme ou un service en particulier, veuillez vous adresser à :

Santé Canada
Renseignements généraux
0913A, Immeuble Brooke-Claxton, 13^e étage
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
(613) 957-2991

Site Web : < [http://www.hc-sc.gc.ca/francais/
commentr.htm#renseignements](http://www.hc-sc.gc.ca/francais/commentr.htm#renseignements) >





Table des matières

SECTION I :

MESSAGES	11
Message du Ministre	11
Résumé	14
Remaniement	19

SECTION II :

VUE D'ENSEMBLE DU MINISTÈRE	21
Mandat	21
Contexte social	22
Description des secteurs d'activité	25
Liens entre les secteurs d'activité et la structure organisationnelle 1999-2000	27

SECTION III :

RENDEMENT DU MINISTÈRE	29
A : Tableau des principaux engagements en matière de résultats	29
B : Responsabilisation	33
C : Réalisations en matière de rendement	36
Secteur d'activité 1 : Gestion des risques pour la santé	36
Secteur de service A : Innocuité, qualité et valeur nutritive des aliments	39
Secteur de service B : Réglementation des produits thérapeutiques ..	43
Secteur de service C : Hygiène du milieu	47
Secteur de service D : Prévention et contrôle de la maladie	50
Secteur de service E : Agence d'hygiène et de sécurité au travail ..	53
Secteur de service F : Services d'urgence	55
Secteur de service G : Réglementation de la lutte antiparasitaire ...	57
Secteur de service H : Secrétariat canadien du sang	60
Secteur d'activité 2 : Promotion de la santé de la population	62
Secteur d'activité 3 : Santé des Autochtones	68
Secteur d'activité 4 : Soutien et renouvellement du système de santé ..	73
Secteur d'activité 5 : Politiques, planification et information en matière de santé	77
Secteur d'activité 6 : Services ministériels	83

SECTION IV :

RAPPORT D'ENSEMBLE	87
Modernisation de la fonction de contrôleur	87
Gestion du matériel	89
Développement durable	90
Initiatives réglementaires	95

SECTION V :

RENDEMENT FINANCIER	99
Aperçu du rendement financier	99
Tableaux financiers récapitulatifs	100
Tableau financier 1 : Sommaire des crédits approuvés pour 1999-2000	100
Tableau financier 2 : Comparaison entre les dépenses totales prévues et les dépenses réelles	101
Tableau financier 3 : Comparaison historique entre les dépenses totales prévues et les dépenses réelles	102
Tableau financier 4 : Besoins en ressources par organisation et secteur d'activité	103
Tableau financier 5 : Recettes disponibles	104
Tableau financier 6 : Recettes non disponibles	105
Tableau financier 7 : Paiements législatifs	106
Tableau financier 8 : Paiements de transfert	107
Tableau financier 9 : Dépenses en capital	108
Tableau financier 10 : Passif éventuel	109

SECTION VI :

AUTRES RENSEIGNEMENTS PERTINENTS	111
Contacts ministériels	111
Références	114
Liste des lois et des règlements	115
Index	118

Annexe A : *Mesurer la santé au Canada - encore plus de résultats sur l'état de santé des Canadiens et des Canadiennes* est disponible à l'adresse suivante : < <http://www.hc-sc.gc.ca/depenses> >.

Pour obtenir une copie de l'Annexe, composer le (613) 954-5995.



SECTION I : MESSAGES



Message du Ministre

La santé est une priorité fondamentale du Gouvernement du Canada, fondamentale parce que les Canadiens et les Canadiennes savent qu'un niveau élevé de santé et une grande qualité de vie vont de pair.

Étant donné cette priorité, notre gouvernement s'est fixé des objectifs clairs : promouvoir et protéger la santé des Canadiens et des Canadiennes, et travailler avec les provinces et les territoires pour faire en sorte que chacun d'entre nous puissent accéder, dans des délais raisonnables, à des soins de santé de

qualité. Santé Canada joue un rôle central dans l'atteinte de ces objectifs, et, comme en fait foi le présent Rapport sur le rendement du Ministère, l'exercice de 1999-2000 a été marqué par nombre de réalisations importantes.

Le gouvernement a reconnu que les Canadiens et les Canadiennes tenaient à conserver un système de santé moderne qui continuerait d'être fondé sur les principes énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé*. C'est pourquoi, dans son budget de 1999, il a accru de 11,5 milliards de dollars les paiements du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) – le plus important investissement de son histoire. Nous avons également créé le Fonds d'innovation, qui nous permet de travailler avec les provinces, les territoires et d'autres partenaires pour ensemble faire face à d'importants défis que présente le système de santé, comme les besoins du Canada rural ou l'escalade des coûts des médicaments d'ordonnance.

Parallèlement, nous savions que davantage pouvait et devait être fait pour renouveler un système de santé que les Canadiens et les Canadiennes appuient vigoureusement et pour y introduire des innovations. Au cours de l'année, j'ai rencontré à maintes reprises mes homologues provinciaux et territoriaux pour discuter des principaux enjeux et déterminer les priorités communes. La réunion du 11 septembre 2000 qui regroupait les premiers ministres a donné lieu à une importante entente entre le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires. Au cours des cinq prochaines années, le gouvernement fédéral investira 21 milliards de dollars de plus dans le TCSPS. En outre, un milliard de dollars sera disponible aux fins de l'achat de nouveaux équipements médicaux, 800 millions de dollars serviront

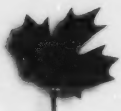


à appuyer la réforme des soins primaires, et 500 millions de dollars seront investis dans certaines applications de la technologie de l'information, comme le fichier de santé électronique, en vue d'améliorer les soins et la gestion du système de santé.

Dans le cadre de leur entente, les premiers ministres ont énoncé ce qu'ils croient être les principaux objectifs du système de santé du Canada, c'est-à-dire préserver, protéger et améliorer la santé des Canadiens et des Canadiennes; faire en sorte que, partout au Canada, les Canadiens et les Canadiennes aient accès, dans des délais raisonnables, à une gamme de services de santé appropriés, intégrés et efficaces, en fonction de leurs besoins et non de leur capacité de payer; assurer la viabilité à long terme du système afin que les Canadiens et les Canadiennes puissent avoir recours aux services de santé lorsqu'ils en auront besoin dans l'avenir. Les premiers ministres ont également convenu d'établir des mesures communes du rendement et de rendre compte régulièrement aux Canadiens et aux Canadiennes de la santé de la population et des résultats des programmes de santé, et de faire état des services de santé financés par l'État.

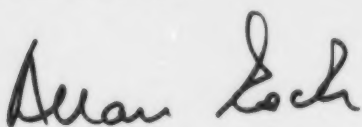
Les premiers ministres se sont également engagés à consolider leurs investissements dans les politiques visant à reconnaître les déterminants de la santé, à rehausser les mesures de prévention des maladies et à améliorer la santé publique. Il s'agit évidemment là d'activités quotidiennes de Santé Canada à bien des égards. Notons, par exemple, le fait d'assurer la salubrité des aliments et des drogues, de promouvoir une saine alimentation, de favoriser une hygiène pratique et d'aménager une base de connaissances permettant de mieux gérer les maladies. Outre l'amélioration constante de ces activités, nous avons également concentré notre attention sur les mesures de salubrité de l'environnement ainsi que sur notre plus grand engagement à réduire le taux de tabagisme chez les Canadiens et les Canadiennes. Cette démarche vise d'abord les jeunes, en leur offrant le meilleur point de départ possible dans la vie. En vertu de l'Accord fédéral-provincial-territorial sur le développement de la petite enfance, le Gouvernement du Canada injecte une somme considérable de 2,2 milliards de dollars, répartis sur cinq ans, grâce au TCSPS. Ce nouveau transfert viendra compléter les investissements fédéraux actuels destinés aux enfants et aux familles.

Le gouvernement entretient une relation importante et historique avec les Premières nations et les Inuits du Canada, relation qui consiste notamment en un partenariat avec les Autochtones et leurs organisations au sujet des questions et des programmes de santé. Au cours de l'année écoulée, nous avons entre autres mis en œuvre ensemble un nouveau programme de soins à domicile et en milieu communautaire, une initiative sur le diabète ainsi que des initiatives pour le développement des jeunes enfants. Le budget fédéral de 2000 prévoit des fonds supplémentaires pour la prise de mesures face à l'augmentation du coût des services de santé dispensés aux Premières nations et aux Inuits. Nos efforts concertés de cette année ont abouti à la constitution en société et au financement de l'*Organization for the Advancement of Aboriginal Peoples' Health*. Nous avons également poursuivi le transfert des programmes et des ressources de santé aux communautés des Premières nations et des Inuits, conformément aux engagements pris par le gouvernement dans le document *Rassembler nos forces : Le Plan d'action du Canada pour les questions autochtones*.

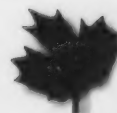


Nous avons réussi, cette année, à créer une nouvelle approche pour la recherche en santé, dont se prévalent les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Les IRSC n'ont d'autre but que de faire bénéficier les Canadiens et les Canadiennes des fruits de la recherche en santé. Leur objectif est d'exceller, conformément aux normes internationales reconnues en matière d'excellence scientifique, en suscitant de nouvelles connaissances et en les appliquant pour améliorer la santé de la population canadienne, pour offrir de meilleurs produits et services de santé et pour renforcer le système de santé du Canada.

Par ses propres initiatives et son travail avec les provinces et les territoires, d'autres ministères ainsi qu'un large éventail de partenaires, Santé Canada a facilité sensiblement la réalisation de cette promesse du gouvernement : améliorer la qualité de vie des Canadiens et des Canadiennes, et ce, conformément à ce qu'ils attendent.



L'honorable Allan Rock, C.P., député
Ministre de la Santé



Résumé

Parce que la qualité de vie découle de la qualité de la santé, les Canadiens et les Canadiennes croient que la santé doit être une priorité pour tous les niveaux de gouvernement. Ils s'attendent à ce que le gouvernement fédéral fasse preuve de leadership et contribue à l'amélioration de la santé, tout en reconnaissant la responsabilité première des provinces et des territoires à l'égard de la prestation des services.

Santé Canada joue un important rôle dans l'obtention des résultats en matière de santé – que ce soit en encourageant la modernisation du système de soins de santé ou en offrant des programmes et des services nationaux. En 1999-2000, le Ministère s'est acquitté de ses responsabilités directes dans le domaine de la santé. Il a également joué son rôle de leader, de partenaire et de catalyseur. Nous résumons ci-dessous les points saillants par secteur d'activité.

Gestion des risques pour la santé

Même si les Canadiens et les Canadiennes sont exposés à moins de risques pour la santé que bien d'autres peuples dans le monde, la nature et la complexité des risques ne cessent d'augmenter. En 1999-2000, les questions de santé d'envergure mondiale, nos activités de surveillance des maladies et des produits, et d'autres tendances nous ont permis de cerner de nouveaux secteurs d'intervention. Les nouvelles initiatives s'inscrivaient dans le prolongement de nos activités courantes et étaient rendues possibles grâce au financement accru annoncé dans le budget de 1999. Pour maintenir notre capacité d'agir, nous avons également continué à travailler pour moderniser nos structures et nos approches.

- Nous nous sommes attaqués aux risques posés aux Canadiens et aux Canadiennes par les pathogènes présents dans les produits alimentaires. Ont surtout retenu l'attention l'analyse des aliments importés de Belgique, qui pouvaient être contaminés par des dioxines et des BPC, et les enquêtes sur les dangers posés par les germes de semence et les baies du Guatemala. Afin de renforcer notre capacité à cet égard, nous avons identifié des méthodes plus rapides pour mettre en évidence *E. coli* O157, *Cyclospora*, et d'autres menaces d'origine alimentaire pour la santé de la population canadienne.
- Nous avons facilité la transition vers la nouvelle Société canadienne du sang et Héma-Québec, en prêtant une attention particulière aux systèmes informatiques.
- Nous avons réalisé des progrès avec les provinces dans la création de systèmes de surveillance normalisés devant aider les responsables de la santé publique à recueillir et à évaluer l'information plus efficacement, y compris l'établissement d'un système national de surveillance du diabète et d'un système pilote pour les maladies à diffusion hémotogène.
- Nous avons appuyé le travail réglementaire sur des priorités nouvelles comme l'usage de la marijuana à des fins médicales, les produits de santé naturels et les aliments d'origine biotechnologique.



- Nous avons entrepris une réévaluation complète de tous les plus anciens pesticides dont l'usage demeure autorisé au Canada.
- Nous avons modernisé notre structure pour mieux répondre aux nouveaux besoins en créant le Bureau des produits de santé naturels et le Bureau de la consommation et de la participation du public.

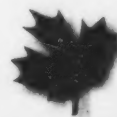
Promotion de la santé de la population

Les niveaux de revenu, le tabagisme, l'activité physique et le soutien familial ne sont que quelques-uns des déterminants sociaux, économiques et comportementaux qui influent profondément sur la santé des Canadiens, et ce, tout au long de leur vie. Par conséquent, nous centrons nos approches en matière de santé de la population sur le travail en partenariat dans tous les secteurs de la société. Avec nos partenaires, nous aidons les individus, les familles et les collectivités à mieux comprendre les facteurs et les décisions qui permettent de vivre plus sainement. Ces efforts se sont poursuivis sous diverses formes en 1999-2000.

- Nous avons annoncé des propositions de changement aux mises en garde devant apparaître sur les produits du tabac et lancé de nouvelles campagnes de publicité sur les questions touchant le tabac, à partir des données probantes recueillies sur ce qui aide effectivement à réduire le tabagisme.
- Nous avons lancé la *Stratégie canadienne sur le diabète* pour nous attaquer à toutes les facettes de ce problème de santé grandissant, en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi qu'avec des organisations autochtones, des organisations de santé, des organismes professionnels et d'autres intervenants.
- Nous avons amélioré l'*Initiative canadienne de recherche sur le cancer du sein* en mettant l'accent sur l'appui aux programmes de détection et de dépistage précoces qui sont à la fois efficaces et centrés sur la clientèle, sur la prévention primaire, et sur le renforcement de l'information et du soutien communautaires.
- Nous avons lancé le *Réseau canadien de la santé*, site Web qui aide les Canadiens et les Canadiennes à obtenir des renseignements crédibles sur des modes de vie sains, sur la prévention des maladies et sur d'autres questions de santé.
- Nous avons produit de nouvelles publications et lignes directrices pour les professionnels de la santé, et d'autres outils sur des sujets comme la santé maternelle, les effets de la séparation et du divorce sur la santé, et l'activité physique chez les personnes âgées.

Santé des Autochtones

Conformément à la nouvelle relation qui prend forme dans le cadre de la mise en œuvre du document *Rassembler nos forces : le plan d'action du Canada pour les questions autochtones*, Santé Canada travaille en partenariat avec les Premières nations et les Inuits en aidant ces derniers à prendre en charge leurs programmes, services et ressources de santé. Le transfert du contrôle des programmes et des



ressources de santé s'est poursuivi en 1999-2000, de même que les efforts visant à offrir les services par l'entremise de mécanismes comme le programme des Services de santé non assurés (SSNA) et les programmes de santé communautaire. Santé Canada travaille avec les Premières nations et les Inuits et les gouvernements provinciaux et territoriaux pour renouveler le système de santé des Premières nations et des Inuits.

- Nous avons signé 16 nouveaux accords de transfert, 10 nouveaux accords intégrés, et 10 accords définitifs d'autonomie gouvernementale avec des communautés des Premières nations pour leur permettre de prendre en charge leurs services de santé au rythme qui convient le mieux à leurs besoins.
- Nous avons aidé financièrement toutes les communautés des Premières nations et des Inuits pour la planification et la formation relatives à la mise en œuvre du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire.
- Nous avons mené à terme de vastes consultations au sujet de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones, menées auprès d'organisations nationales et de communautés des Premières nations, des Inuits, des Métis et des Autochtones vivant en milieu urbain. Cet exercice a entraîné l'établissement d'un plan directeur de programme aux fins de l'Initiative. Douze programmes communautaires sur le diabète ont été financés.
- Nous avons réalisé cinq projets de recherche pilotes sur la télésanté dans des communautés isolées des Premières nations, mettant ainsi en place les processus administratifs permettant de relier le poste de soins infirmiers d'une communauté éloignée à un hôpital provincial distant.
- Nous avons financé 203 projets du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves, lequel vise à favoriser le développement des enfants qui vivent dans des réserves des Premières nations et à mieux les préparer à l'école.
- Nous avons amélioré les processus de gestion pour faciliter la responsabilisation. Le cadre de responsabilisation exposera les rôles et les responsabilités des communautés et de Santé Canada et assurera la transparence de la prise de décision.
- Nous avons amélioré l'efficacité du programme des SSNA en reliant la quasi-totalité des fournisseurs de produits pharmaceutiques au système Point de service.
- Nous avons travaillé en collaboration avec cinq organisations autochtones nationales pour créer et mettre en place l'*Organization for the Advancement of Aboriginal Peoples' Health*.
- Nous avons déployé le Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits dans 114 établissements de santé. Ce système offre aux Autochtones canadiens des outils pour la collecte, la gestion et la communication des données, ainsi qu'une plate-forme complète, flexible et puissante pour la gestion des cas et pour une planification et une prise de décision fondées sur des données probantes.



Soutien et renouvellement du système de santé

Les représentants de Santé Canada travaillent en étroite collaboration avec leurs homologues provinciaux et territoriaux pour répondre aux besoins du système de santé partout au Canada, de manière à renforcer les services de santé et, à long terme, à offrir une vaste gamme de services de qualité, intégrés et centrés sur le patient. En 1999-2000, ces efforts ont produit de nombreux résultats.

- Nous avons travaillé avec les provinces et les territoires relativement à diverses préoccupations communes, dont les soins à domicile et en milieu communautaire, la planification des ressources humaines dans le secteur de la santé, les approches axées sur la santé de la population, et les technologies de l'information.
- Nous avons financé 141 projets par l'entremise du Fonds pour l'adaptation des services de santé. Ces projets mettent à l'essai des idées qui pourraient aider à façonner les choix futurs en matière de politiques et de services de santé, et portent en priorité sur les soins à domicile, l'assurance-médicaments, les soins primaires et l'intégration des services.
- Nous avons appuyé des projets particuliers de télésanté et de télésoins à domicile visant à explorer des façons de mieux répondre aux besoins uniques des personnes qui vivent loin des grands centres.
- Nous avons accordé une attention accrue aux questions touchant les soins infirmiers en créant le Bureau de la politique des soins infirmiers, qui aide à orienter la recherche vers ces questions et à faire en sorte que ces dernières soient mises en relief.

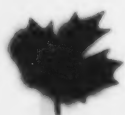
Politiques, planification et information en matière de santé

L'augmentation du financement fédéral de la recherche en santé fait partie des engagements pris par le Gouvernement du Canada pour améliorer la prise de décision et l'établissement des politiques dans l'ensemble du système de santé canadien. L'engagement à l'égard de la recherche s'accompagne de la promesse de mettre en place une technologie de l'information et des communications qui puisse accélérer l'échange des connaissances et renforcer l'efficacité des services.

- Nous avons fourni une aide financière et un soutien en matière de secrétariat et de politiques pour la création d'Instituts de recherche en santé du Canada.
- Nous avons réorienté le Programme national de recherche et de développement en matière de santé pour qu'il prenne mieux en compte des priorités de santé comme les soins à domicile, les enfants et les adolescents, le vieillissement et le financement des soins de santé.
- Nous avons appuyé 36 projets visant à encourager les applications innovatrices de la technologie de l'information et des communications au système de santé, dont un grand nombre sur la télésanté, le fichier de santé électronique et l'information électronique en matière de santé.



- Nous avons travaillé avec les provinces et les territoires par l'entremise d'un nouveau comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur l'infrastructure de la santé afin de définir des approches coordonnées pour le traitement des nouvelles questions que soulève l'infrastructure de la santé, comme la protection et la confidentialité des renseignements personnels, la surveillance de la santé, le dossier de santé électronique et la télésanté.
- Nous avons lancé le Réseau national de surveillance de la santé, qui permettra aux responsables de la santé publique d'accéder, grâce à Internet, à des renseignements qui les aideront à prévenir la maladie, à réagir plus rapidement en cas de menace à la santé publique, et à élaborer des politiques pour réduire les risques pour la santé.
- Nous avons financé la mise en place du Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits.



Remaniement

Le 1^{er} juillet 2000, Santé Canada s'est structuré afin de faciliter l'atteinte des buts suivants :

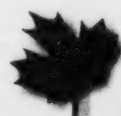
- améliorer de façon continue ses services aux Canadiens;
- travailler plus efficacement avec ses partenaires internes et externes;
- s'assurer de diriger les ressources vers les secteurs où il peut contribuer le plus à la santé des Canadiens;
- faire montre d'innovation, de capacité d'adaptation, de souplesse, d'apprentissage continu et d'orientation vers les résultats.

La nouvelle structure ne modifie ni la mission, ni le mandat de Santé Canada. Elle consiste en ce qui suit :

- création de sept directions générales (Santé de la population et de la santé publique, Produits de santé et des aliments, Santé environnementale et de la sécurité des consommateurs, Santé des Premières nations et des Inuits, Information, analyse et connectivité, Politique de la santé et des communications, et Services de gestion), et réattribution de nombreuses responsabilités dévolues aux six directions générales précédentes;
- création de six régions (Atlantique, Québec, Ontario et Nunavut, Manitoba et de la Saskatchewan, Alberta et Territoires du Nord-Ouest, Colombie-Britannique et Yukon), et transfert de nombreuses responsabilités aux régions, dont le nombre passe de quatre à six;
- maintien des deux organismes en place (Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire et Agence de santé et sécurité au travail).

Le remaniement vise à améliorer les services aux Canadiens et aux Canadiennes, à assurer une meilleure coordination du travail au sein du Ministère, et à renforcer notre capacité d'innovation et d'orientation en vertu de résultats. Désireux de travailler plus efficacement avec ses nombreux partenaires, notamment ceux des provinces et des territoires, le Ministère intensifie sa présence au niveau régional.

En se remaniant, Santé Canada réagit aux progrès rapides des connaissances et de la technologie dans le domaine de la santé, à l'évolution des attentes des Canadiens et des Canadiennes, à leur désir d'être mieux informés et de participer davantage au processus décisionnel, et à la nécessité de changer radicalement la manière dont le Ministère travaille avec ses partenaires. Santé Canada a longuement consulté son personnel et les parties intéressées avant de finaliser son remaniement.





NOTRE MISSION

Aider les Canadiens
et les Canadiennes
à maintenir et à
améliorer leur état
de santé.



SECTION II : VUE D'ENSEMBLE DU MINISTÈRE

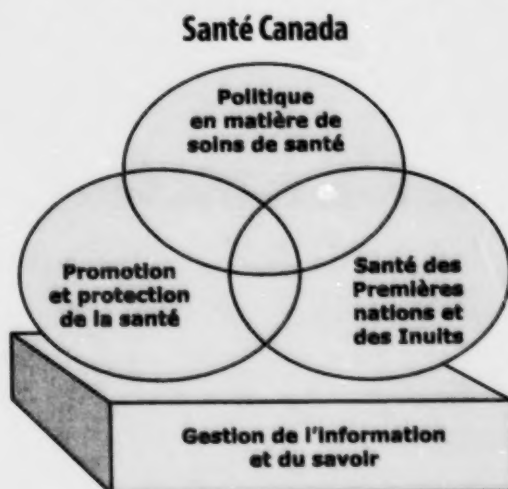
Mandat

Le mandat officiel de Santé Canada est énoncé dans la *Loi sur le ministère de la Santé* et résumé dans la Mission qui figure à la page ci-contre. Il découle également des responsabilités dévolues au Ministère par d'autres lois, comme la *Loi sur les aliments et drogues*, la *Loi sur les produits dangereux* et la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*.

Plus fondamentalement, le mandat confié à Santé Canada par le gouvernement fédéral reflète la très haute priorité que les Canadiens et les Canadiennes et leur gouvernement accordent à la santé. Pour la population canadienne, la santé est essentielle à une belle qualité de vie. Elle est plus que l'absence de maladie et désigne un état global de bien-être physique, mental et spirituel.

Cette conception d'un état global de santé et de bien-être aide à définir les responsabilités de Santé Canada, qui s'articulent autour de trois grands axes interdépendants :

- **promotion et protection de la santé**, soit offrir à l'individu, aux groupes, aux collectivités et au grand public des renseignements et des outils (ou l'accès à des renseignements et à des outils) pour qu'ils puissent prendre des décisions éclairées au sujet de leur santé, prévenir les maladies et les blessures et en réduire l'incidence, en prenant des mesures directes de



réglementation ou autres pour gérer les risques sur lesquels l'individu n'a pratiquement aucune prise;

- **santé des Premières nations et des Inuits**, soit assurer la prestation, dans les réserves des Premières nations et les collectivités inuites, de services de santé destinés à ces populations;
- **politique en matière de soins de santé**, soit exercer un leadership pancanadien afin d'aider les provinces à trouver des moyens de renouveler leurs systèmes, politiques et processus en matière de soins de santé, en assurant une grande utilisation des ressources en santé et en visant l'obtention de résultats optimaux en matière de santé pour la population.

Les trois axes s'appuient sur la Gestion de l'information et du savoir, c'est-à-dire sur la production, l'organisation et la diffusion de renseignements et de connaissances en vue de l'amélioration des processus décisionnels visant les politiques et les programmes, à Santé Canada et dans l'ensemble du système de santé.

Contexte social

Santé des Canadiens et des Canadiennes

Les Canadiens sont en très bonne santé, et le Canada se classe parmi les trois premiers pays au monde pour ce qui est de l'espérance de vie, des taux de mortalité et de l'état de santé auto-évalué.

- L'espérance de vie au Canada n'a cessé d'augmenter, passant de 59 ans au début des années 1920 à plus de 79 ans en 1998.
- Le taux de mortalité infantile au Canada est passé de 18,8 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1970 à 5,5 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1997.
- En 1998-1999, environ 92 p. 100 des Canadiens et des Canadiennes considéraient leur santé comme bonne, très bonne ou excellente.

Toutefois, tous les Canadiens ne sont pas en aussi bonne santé.

- L'état de santé est lié au sexe de la personne. Les femmes vivent généralement plus longtemps que les hommes en raison de taux de mortalité moins élevés pour les maladies cardiaques, le cancer, le suicide et les traumatismes. Par contre, elles souffrent davantage de maladies chroniques comme l'arthrite, l'hypertension et la migraine.
- Les Canadiens qui sont moins instruits et dont le revenu est moins élevé risquent plus d'être aux prises avec des maladies chroniques. Un moins grand nombre parmi eux considèrent leur santé comme excellente ou très bonne, comparativement aux Canadiens plus instruits et au revenu plus élevé.



- Les Autochtones du Canada risquent davantage d'être en mauvaise santé et de mourir prématurément que l'ensemble de la population canadienne. L'espérance de vie des Autochtones est inférieure à la moyenne nationale, leurs taux de mortalité infantile sont plus élevés, et les maladies chroniques sont plus répandues chez eux (p. ex., hypertension, arthrite, maladies cardiaques et diabète).

La santé d'une population est déterminée par de nombreux facteurs et n'est qu'en partie le résultat des mesures gouvernementales. Quoi qu'il en soit, l'information sur les programmes du gouvernement qui influent sur la santé peut être interprétée de façon plus juste à la lumière de l'état de santé global des Canadiens.

Mesurer la santé au Canada offre cet éclairage, y compris des données sur :

- les indicateurs généraux de l'espérance de vie et de la mortalité;
- les indicateurs généraux de l'état de santé et de la morbidité;
- les comportements et les mesures préventives;
- le VIH/sida;
- la santé des Premières nations et des Inuits.

Annexe A : *Mesurer la santé au Canada - encore plus de résultats sur l'état de santé des Canadiens et des Canadiennes* est disponible à l'adresse suivante : < <http://www.hc-sc.gc.ca/depenses> >.

Pour obtenir une copie de l'Annexe, composer le (613) 954-5995.

Dépenses de santé

En 1999, les Canadiens ont dépensé environ 86 milliards de dollars pour les soins de santé – soit environ 2 815 dollars par habitant. Cette même année, le ratio entre les dépenses de santé totales du Canada et le produit intérieur brut canadien (quatrième en importance parmi les pays du G7) a été d'environ 9,2 p. 100. Quelque 70 p. 100 des dépenses ont été financés par l'État, et 30 p. 100 l'ont été par des sources privées. Selon le *Rapport sur la santé dans le monde 2000 - Pour un système de santé plus performant*, de l'OMS, compte tenu de l'ampleur des dépenses du Canada au chapitre de la santé, il semble y avoir place pour une amélioration du rendement du système de santé canadien.

Depuis le milieu des années 1970, la répartition des dépenses de santé a changé. Si la part de dépenses consacrée aux hôpitaux reste dominante, elle a néanmoins diminué d'année en année. En 1997, les dépenses au titre des médicaments ont surpassé les dépenses pour les services de médecin et sont devenues le deuxième poste de dépense en importance dans le secteur de la santé.

Une évolution continue

De nombreux facteurs sont en train de changer la nature du système de santé et des services de santé :



- Les **progrès technologiques**, notamment du côté des méthodes diagnostiques, de la prévention primaire, de la chirurgie, de la biotechnologie et de la génétique, changent la définition de la santé et les modes de prestation des services de santé.
- Les **produits pharmaceutiques** sont davantage utilisés. De plus en plus, la pharmacothérapie se révèle une solution de rechange viable par rapport à certains traitements traditionnels, et contribue à faire passer les patients du cadre hospitalier aux soins communautaires.
- Les **systèmes d'information** deviennent de plus en plus nécessaires pour gérer efficacement les transactions, les dossiers des patients, le volume d'information et le rendement du système.
- Les **attentes changeantes** des consommateurs instruits et informés influent sur la demande et l'utilisation des services de santé.

Une population vieillissante

Le vieillissement de la population canadienne, résultat d'un taux de fécondité en déclin et d'une espérance de vie plus grande, sera une importante tendance au Canada au XXI^e siècle. En particulier, le vieillissement de la génération des *baby-boomers*, les personnes nées après la Seconde Guerre mondiale, exercera une pression temporaire mais lourde sur le système de santé à compter de 2020 environ. Par exemple :

- la fraction de la population souffrant d'affections chroniques dues à l'âge, comme les démences séniles, les maladies du cœur et les effets d'accidents cérébraux vasculaires, augmentera sensiblement;
- la demande de travailleurs de la santé sera plus élevée, notamment pour les soins de longue durée;
- il faudra augmenter les dépenses de santé publiques pour maintenir les niveaux de service existants.

Ces changements posent des défis à tous les acteurs du système de santé, dont Santé Canada. Le budget fédéral de 2000 reconnaît la haute priorité que les Canadiens accordent à leur santé et à leurs soins de santé et donne suite aux importants investissements du budget de 1999 en vue du renforcement et du renouvellement du système. Santé Canada continue de travailler avec ses nombreux partenaires, dont les provinces et les territoires, les Premières nations et les Inuits, d'autres ministères fédéraux, des partenaires internationaux, des associations professionnelles, des organismes communautaires et le secteur bénévole, pour s'attaquer à ces questions et exploiter les possibilités offertes par la nécessité d'une réforme.



Description des secteurs d'activité

Gestion des risques pour la santé

Ce secteur d'activité est chargé de prévoir et de prévenir les risques pour la santé que présentent les aliments, l'eau, les médicaments, les matériaux médicaux et autres produits thérapeutiques, les risques environnementaux et hygiéniques, les maladies, les biens de consommation, les produits antiparasitaires, le sang et les produits du sang, les catastrophes qui se produisent en temps de paix et certains déterminants de la santé tels que le comportement d'une personne, la famille, les conditions sociales et économiques. Ce secteur d'activité est aussi chargé de réagir à ces risques.

Promotion de la santé de la population

Ce secteur d'activité se fonde sur une perception élargie et intégrée de la santé de la population qui tient compte des déterminants sociaux, comportementaux, et économiques de la santé. Il cherche à réduire les inégalités entre les Canadiens et les Canadiennes sur le plan de la santé en élaborant et en soutenant des politiques et des programmes de prévention de la maladie et de promotion de la santé, en collaboration avec d'autres ministères, les gouvernements provinciaux et territoriaux, et les intervenants non gouvernementaux. Ce secteur d'activité favorise les mesures de promotion de la santé qui sont axées sur les déterminants liés directement à la santé ou à d'autres domaines, tout au long du cycle de vie. Ce secteur d'activité met en évidence la nécessité de se concentrer sur les enfants en bas âge pour favoriser un meilleur état de santé à long terme. Les services de ce secteur d'activité sont dispensés suivant un cadre axé sur les trois stades du cycle de vie : i) enfance/adolescence; ii) début de l'âge adulte/maturité; iii) troisième âge.

Santé des Autochtones

Les spécialistes du domaine de la santé et les Autochtones ont établi que, lorsque ceux-ci pourront prendre leurs propres décisions en matière de santé, il sera plus facile d'améliorer leur état de santé par rapport aux autres Canadiens et Canadiennes et de remédier aux préoccupations quant aux services de santé qui leur sont destinés. Le secteur d'activité, Santé des Autochtones, cherche à accroître le contrôle et la gestion des services de santé communautaires par les Autochtones. Divers moyens sont utilisés à cette fin : transferts, accords de contribution intégrés et d'autres mesures de financement des services de santé, valorisation du potentiel et formation. Ce secteur d'activité appuie également des activités qui visent à améliorer la situation des Premières nations et des Inuits du point de vue de la santé.



Soutien et renouvellement du système de santé

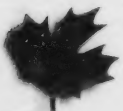
Ce secteur d'activité offre un soutien au leadership dans tous les domaines du système de santé canadien. Il met à profit les connaissances et les interventions de l'ensemble du Ministère afin d'assurer la viabilité et le coût abordable de l'assurance-santé, ainsi qu'un meilleur équilibre au sein du système de santé entre les soins, la promotion de la santé, la prévention des maladies et la protection de la santé. Ce secteur d'activité vise à accroître l'efficacité et l'efficience du système en collaboration avec les provinces et les territoires.

Politiques, planification et information en matière de santé

Ce secteur d'activité contribue à l'atteinte des objectifs du gouvernement fédéral en matière de santé de la manière suivante : à l'interne, il intègre de façon efficace par rapport au coût les activités et les leviers (surveillance, recherche, politiques, communications, relations fédérales-provinciales et internationales, lois, consultation, planification et examen) de tous les secteurs d'activité afin d'exécuter le programme du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé et d'assumer les responsabilités fondamentales de Santé Canada; à l'externe, il favorise la production, la diffusion et l'utilisation de renseignements sur la santé, eu égard aux rôles des partenaires du Ministère dans ce domaine.

Services ministériels

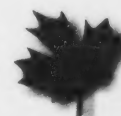
Ce secteur d'activité fournit des services et des conseils aux cadres supérieurs du Ministère pour répondre aux besoins liés à la gestion, à l'utilisation et au contrôle des ressources humaines et financières, aux installations et aux biens, à l'informatique et à la vérification.



Liens entre les secteurs d'activité et la structure organisationnelle 1999-2000



Caractères gras - Responsabilité principale





Liens entre les secteurs d'activité et la structure organisationnelle 1999-2000



Caractères gras - Responsabilité principale







SECTION III : RENDEMENT DU MINISTÈRE

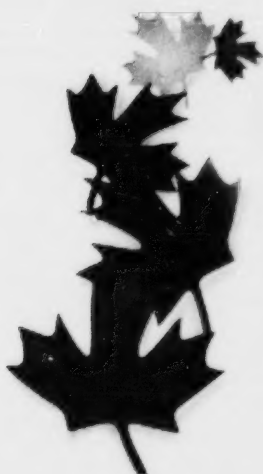
A: Tableau des principaux engagements en matière de résultats

Ce tableau des principaux engagements en matière de résultats témoigne des efforts continus qui sont déployés pour améliorer la mise en correspondance des engagements et des techniques de mesure à Santé Canada.

À fournir aux Canadiens :	Se manifeste par :
Gestion des risques en matière de santé Protection de la santé des Canadiens et des Canadiennes et aide visant l'amélioration de leur santé, par la définition et la gestion des risques et des avantages pour leur santé et par des conseils dispensés à cet égard.	1.1 Aliments sains et nutritifs. 1.2 Médicaments, matériel médical et autres produits thérapeutiques (y compris sang et produits sanguins) sûrs et efficaces. 1.3 Produits de consommation et produits commerciaux sûrs. 1.4 Milieux de vie et de travail sûrs. 1.5 Prévention et contrôle efficaces des maladies. 1.6 Services de santé et de sécurité au travail efficaces et accessibles aux ministères fédéraux. 1.7 Intervention efficace en cas de catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme.





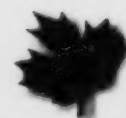


SECTION III : RENDEMENT DU MINISTÈRE

A: Tableau des principaux engagements en matière de résultats

Ce tableau des principaux engagements en matière de résultats témoigne des efforts continus qui sont déployés pour améliorer la mise en correspondance des engagements et des techniques de mesure à Santé Canada.

À fournir aux Canadiens :	Se manifeste par :
Gestion des risques en matière de santé Protection de la santé des Canadiens et des Canadiennes et aide visant l'amélioration de leur santé, par la définition et la gestion des risques et des avantages pour leur santé et par des conseils dispensés à cet égard.	1.1 Aliments sains et nutritifs. 1.2 Médicaments, matériel médical et autres produits thérapeutiques (y compris sang et produits sanguins) sûrs et efficaces. 1.3 Produits de consommation et produits commerciaux sûrs. 1.4 Milieux de vie et de travail sûrs. 1.5 Prévention et contrôle efficaces des maladies. 1.6 Services de santé et de sécurité au travail efficaces et accessibles aux ministères fédéraux. 1.7 Intervention efficace en cas de catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme.



À fournir aux Canadiens :**Se manifeste par :****Gestion des risques en matière de santé (suite)**

- 1.8 Produits antiparasitaires sûrs et efficaces.

Promotion de la santé de la population

Approche d'amélioration de la santé qui consiste à agir sur les déterminants de la santé pour favoriser des attitudes et des comportements sains et prévenir les maladies et les blessures.

- 2.1 Sensibilisation du public et compréhension des facteurs qui déterminent la santé individuelle et collective et des mesures à prendre pour la préservation et l'amélioration de la santé.
- 2.2 Réduction des inégalités en matière de santé pour certains groupes démographiques et amélioration de l'état de santé de la population.
- 2.3 Évaluation et prise en considération par les secteurs privé, public et bénévole des conséquences des politiques, des pratiques, des programmes et des services nouveaux et existants pour la santé.
- 2.4 Réduction de la maladie et des décès causés par le tabagisme.

Santé des Autochtones

Services et programmes de santé durables pour les collectivités des Premières nations et les collectivités inuites, qui aident à réduire les inégalités en matière de santé et les menaces de maladies afin que ces populations puissent parvenir à un état de santé comparable à celui des autres Canadiens, dans le contexte de l'autonomie et du contrôle des Premières nations et des Inuits.

- 3.1 Amélioration de la santé des Premières nations et des Inuits et réduction des inégalités en matière de santé par rapport aux autres Canadiens.
- 3.2 Une population de Premières nations et d'Inuits informée et consciente des facteurs qui influent sur la santé et des mesures qui peuvent être prises pour améliorer la santé.
- 3.3 Services de santé efficaces disponibles et accessibles aux Premières nations et aux Inuits.
- 3.4 Gestion et responsabilité accrues, des services de soins de santé et du Programme des services de santé non assuré de la part des Premières nations et les Inuits.



À fournir aux Canadiens :**Se manifeste par :****Soutien et renouvellement
du système de santé**

Leadership qui contribue à la pérennité d'un système de santé qui possède un important caractère national et qui répond aux besoins des Canadiens.

- 4.1 Des services hospitaliers et médicaux financés par l'État qui sont conformes aux principes de la *Loi canadienne sur la santé* (LCA).
- 4.2 Un système de santé intégré offrant des services de santé efficaces.
- 4.3 Initiatives nationales et internationales innovatrices qui renforcent le système de santé.
- 4.4 Meilleure compréhension des questions fondamentales se rapportant aux soins de santé, et meilleurs outils et mécanismes pour améliorer l'accès à une gamme de services équitables et de haute qualité.
- 4.5 Partenariats renforcés entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les principaux intéressés, les Canadiens et les partenaires internationaux.

**Politiques, planification et
information en matière
de santé**

Politiques et plans nationaux efficaces et information fiable et à jour en matière de santé, pour appuyer une prise de décision stratégique et fondée sur des données probantes, à Santé Canada, dans l'ensemble du système de santé et chez les Canadiens.

- 5.1 Politiques et plans nationaux qui portent effectivement sur les nouveaux défis en matière de santé ou les changements aux priorités existantes dans ce domaine.
- 5.2 Un système de santé qui est plus efficace, plus efficace et plus transparent, et qui comprend une infrastructure nationale efficace d'information et de recherche en santé.
- 5.3 Accessibilité et utilisation d'une information fiable pour les Canadiens et les Canadiennes afin de préserver et d'améliorer leur santé.



À fournir aux Canadiens :**Se manifeste par :**

Gestion des risques en matière de santé (suite)

- 1.8 Produits antiparasitaires sûrs et efficaces.

Promotion de la santé de la population

Approche d'amélioration de la santé qui consiste à agir sur les déterminants de la santé pour favoriser des attitudes et des comportements sains et prévenir les maladies et les blessures.

- 2.1 Sensibilisation du public et compréhension des facteurs qui déterminent la santé individuelle et collective et des mesures à prendre pour la préservation et l'amélioration de la santé.
- 2.2 Réduction des inégalités en matière de santé pour certains groupes démographiques et amélioration de l'état de santé de la population.
- 2.3 Évaluation et prise en considération par les secteurs privé, public et bénévole des conséquences des politiques, des pratiques, des programmes et des services nouveaux et existants pour la santé.
- 2.4 Réduction de la maladie et des décès causés par le tabagisme.

Santé des Autochtones

Services et programmes de santé durables pour les collectivités des Premières nations et les collectivités inuites, qui aident à réduire les inégalités en matière de santé et les menaces de maladies afin que ces populations puissent parvenir à un état de santé comparable à celui des autres Canadiens, dans le contexte de l'autonomie et du contrôle des Premières nations et des Inuits.

- 3.1 Amélioration de la santé des Premières nations et des Inuits et réduction des inégalités en matière de santé par rapport aux autres Canadiens.
- 3.2 Une population de Premières nations et d'Inuits informée et consciente des facteurs qui influent sur la santé et des mesures qui peuvent être prises pour améliorer la santé.
- 3.3 Services de santé efficaces disponibles et accessibles aux Premières nations et aux Inuits.
- 3.4 Gestion et responsabilité accrues, des services de soins de santé et du Programme des services de santé non assuré de la part des Premières nations et les Inuits.



À fournir aux Canadiens :**Se manifeste par :****Soutien et renouvellement
du système de santé**

Leadership qui contribue à la pérennité d'un système de santé qui possède un important caractère national et qui répond aux besoins des Canadiens.

- 4.1 Des services hospitaliers et médicaux financés par l'État qui sont conformes aux principes de la *Loi canadienne sur la santé* (LCA).
- 4.2 Un système de santé intégré offrant des services de santé efficaces.
- 4.3 Initiatives nationales et internationales innovatrices qui renforcent le système de santé.
- 4.4 Meilleure compréhension des questions fondamentales se rapportant aux soins de santé, et meilleurs outils et mécanismes pour améliorer l'accès à une gamme de services équitables et de haute qualité.
- 4.5 Partenariats renforcés entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les principaux intéressés, les Canadiens et les partenaires internationaux.

**Politiques, planification et
information en matière
de santé**

Politiques et plans nationaux efficaces et information fiable et à jour en matière de santé, pour appuyer une prise de décision stratégique et fondée sur des données probantes, à Santé Canada, dans l'ensemble du système de santé et chez les Canadiens.

- 5.1 Politiques et plans nationaux qui portent effectivement sur les nouveaux défis en matière de santé ou les changements aux priorités existantes dans ce domaine.
- 5.2 Un système de santé qui est plus efficace, plus efficace et plus transparent, et qui comprend une infrastructure nationale efficace d'information et de recherche en santé.
- 5.3 Accessibilité et utilisation d'une information fiable pour les Canadiens et les Canadiennes afin de préserver et d'améliorer leur santé.



À fournir aux Canadiens :**Se manifeste par :****Politiques, planification et information en matière de santé (suite)**

- 5.4 Des politiques, des programmes et des stratégies de santé internationale qui contribuent à la capacité du Ministère d'atteindre ses objectifs nationaux et internationaux.

Services ministériels

Soutien efficace à l'exécution des programmes de Santé Canada et à l'utilisation de saines pratiques de gestion dans tout le Ministère.

- 6.1 Amélioration continue de la prestation de services administratifs centraux.
- 6.2 Amélioration continue de la promotion de saines pratiques de gestion.



À fournir aux Canadiens :**Se manifeste par :****Politiques, planification et information en matière de santé (suite)**

5.4 Des politiques, des programmes et des stratégies de santé internationale qui contribuent à la capacité du Ministère d'atteindre ses objectifs nationaux et internationaux.

Services ministériels

Soutien efficace à l'exécution des programmes de Santé Canada et à l'utilisation de saines pratiques de gestion dans tout le Ministère.

6.1 Amélioration continue de la prestation de services administratifs centraux.

6.2 Amélioration continue de la promotion de saines pratiques de gestion.



B : Responsabilisation

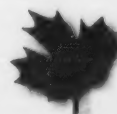
La vision de Santé Canada en matière de responsabilisation est celle d'une organisation axée sur les résultats et le rendement qui, de façon crédible, engage les Canadiens et les Canadiennes et les informe sur les conséquences de ses politiques et de ses programmes pour la santé de la population. Le Ministère est à mettre en œuvre un certain nombre d'initiatives visant à améliorer les procédures de responsabilisation, à intégrer à sa pratique les principes d'une gestion axée sur les résultats, et à favoriser un changement des mentalités en faveur d'une prise de décision et d'une gestion de programme orientées vers les résultats. Ces initiatives sont conformes au document *Une gestion axée sur les résultats*, du Conseil du Trésor, et aux principes d'une gestion améliorée.

Stratégie 1

Améliorer la qualité et l'utilisation de l'information sur le rendement dans tout le Ministère, et améliorer les liens entre les résultats clés prévus, le rendement réel, l'utilisation des ressources ainsi que les résultats sur le plan de la santé pour les Canadiens et les comptes à leur rendre.

Réalisations

- Adoption d'une initiative fédérale de responsabilisation appliquée aux politiques et aux programmes de Santé Canada, d'une durée de trois ans, et d'un budget de 43 millions de dollars, ayant pour but de mieux renseigner les Canadiens et les Canadiennes sur les rôles, les responsabilités et le rendement des programmes du Ministère, d'améliorer la gestion de l'information et la responsabilisation, et de miser davantage sur les données probantes et les résultats dans les politiques et les programmes ministériels. À cette fin, Santé Canada :
 - a fait appel à la Direction de la recherche appliquée et de l'analyse pour encourager une prise de décision stratégique et fondée sur des données probantes :
 - a) en améliorant les bases analytiques de la responsabilisation par une meilleure compréhension des divers facteurs qui influent sur les résultats en matière de santé,
 - b) en assurant la distribution de meilleurs outils d'accès aux données quantitatives et autres dans tout le Ministère,
 - c) en améliorant les rapports de rendement du Ministère;
 - a lancé un projet pilote triennal d'élaboration de mesures du rendement, afin d'offrir des outils et une expertise aux gestionnaires de Santé Canada pour la mesure et la gestion du rendement, ainsi qu'un financement partagé pour l'élaboration et l'utilisation de cadres de rendement pour les programmes existants.



- Lancement de la mise en œuvre de la Stratégie d'information financière (SIF), d'envergure gouvernementale, afin d'appuyer la gestion des dépenses, la planification des activités, l'établissement des budgets, l'examen des programmes, et d'autres processus de gestion et de prise de décision. La SIF facilitera la responsabilisation en ce qui concerne les résultats des programmes et les résultats financiers, et améliorera les prévisions budgétaires et les rapports de rendement. D'autres initiatives connexes ont été lancées, comme l'établissement de liens entre le rendement individuel, la gestion axée sur les résultats, et la modernisation de la fonction d'évaluation du Ministère.
- Achèvement du premier cycle du Projet d'évaluation de l'impact des programmes (PEIP), importante initiative visant à modifier la structure et la culture organisationnelles, qui comprend notamment l'analyse, centrée sur les résultats, des six grands secteurs d'activité de Santé Canada. Des outils et des approches analytiques ont été mis au point pour guider l'établissement des priorités, l'affectation des ressources et la prise de décision fondée sur des données probantes. Des engagements ont été pris pour renforcer la mesure du rendement et les régimes de responsabilisation, et le suivi est en cours. Le PEIP a catalysé la transformation de Santé Canada en une organisation innovatrice, en apprentissage continu, comptable devant les Canadiens et les Canadiennes, et motivée par les résultats à atteindre.

Stratégie 2

Améliorer la participation du public à l'élaboration de cadres de responsabilisation en ce qui concerne l'efficacité des décisions relatives aux politiques de santé, le rendement du système de santé et les résultats des dépenses fédérales directes pour la santé.

Réalisation

- Élaboration d'une politique, de lignes directrices et d'une trousse d'outils pour aider le Ministère à concevoir et à mettre en œuvre des stratégies visant à faire participer le public à l'élaboration des politiques et des programmes de santé. (Voir également page 37 au sujet de la création du Bureau de la consommation et de la participation du public).

Stratégie 3

Améliorer la responsabilisation et les rapports en matière de soins de santé.

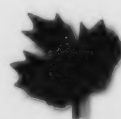
Réalisations

- Publication, diffusion et déposition devant la Chambre des communes du rapport annuel sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. Ce rapport renseigne les Canadiens et les Canadiennes sur le respect des principes et des conditions énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé* par les provinces et les territoires. Les gouvernements provinciaux et territoriaux fournissent l'information requise.



- Engagement, dans une réponse publique au rapport du Vérificateur général en novembre 1999, à travailler avec les provinces et les territoires pour améliorer les rapports sur la conformité aux principes et aux conditions de *Loi canadienne sur la santé*. De meilleurs rapports fourniront aux Canadiens et aux Canadiennes une information d'actualité, pertinente et compréhensible. Ils aideront aussi à surveiller et à gérer la conformité à la loi.
- Commande, au nom des ministres FPT de la Santé, d'une étude sur l'élaboration de cadres de responsabilisation et d'indicateurs de rendement pour les systèmes et les soutiens en matière de santé mentale, dans le cadre d'une initiative multi-phase ayant pour but de mettre en place dans ce secteur des services et des soutiens fondés sur des données probantes. Ces travaux s'inscrivent dans le prolongement d'efforts antérieurs visant à documenter les pratiques optimales dans la réforme du système de services de santé mentale, et ils mettent l'accent sur des approches destinées à améliorer la responsabilisation.
- Repérage des secteurs de programme clés dont il faudra rendre compte aux fins de l'Entente-cadre sur l'union sociale, conformément au document *Une gestion axée sur les résultats 2000*, du Conseil du Trésor. Pour plus de détails, voir les modèles de responsabilisation aux fins de l'Entente-cadre sur l'union sociale, à < http://socialunion.gc.ca/news/020499_f.html >.

Ces initiatives complètent les efforts déployés globalement par l'Institut canadien d'information sur la santé et par Statistique Canada pour rendre compte du rendement de l'ensemble du système de santé canadien, de ses résultats et de la santé des Canadiens.



C : Réalisations en matière de rendement

Secteur d'activité 1 : Gestion des risques pour la santé

Renseignements financiers

(En millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1999-2000	Autorisations totales en 1999-2000	Dépenses réelles en 1999-2000
Dépenses brutes	316,7 \$	332,1 \$	318,5 \$
Recettes attendues	(44,9 \$)	(55,8 \$)	(53,8 \$)
Dépenses nettes	271,8 \$	276,3 \$	264,7 \$*

* Cette somme représente 13 p, 100 des dépenses réelles du Ministère. Ce pourcentage est fondé sur les dépenses ministérielles totales, à l'exclusion du paiement forfaitaire de 855,3 millions de dollars pour l'hépatite C, ordonné par la cour, dans le secteur d'activité Promotion de la santé de la population. Ce montant a été exclu afin de permettre la comparaison avec l'année précédente.

Les dépenses réelles sont inférieures de 11,5 millions de dollars aux autorisations totales, car certaines activités entreprises à l'aide de ressources reçues vers la fin de l'exercice 1999-2000 en vue de « soutenir la capacité fédérale de protection de la santé », conformément au budget de 2000, n'ont pas été toutes menées à terme. Les ressources seront reportées à l'exercice 2000-2001 lorsque les dernières dépenses seront engagées.

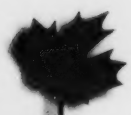
Site Web : < <http://www.hc-sc.gc.ca> >

Objectif

Améliorer la surveillance de la santé et la capacité de prévoir, de prévenir et de réduire les risques associés aux maladies, aux aliments, à l'eau, aux médicaments, au matériel médical et autres produits thérapeutiques, aux produits antiparasitaires, aux risques environnementaux, aux biens de consommation et aux déterminants fondamentaux de la santé agissant en amont (comportement individuel, famille, conditions sociales et économiques).

Principaux engagements en matière de résultats (PER), stratégies et réalisations

Pour de plus amples renseignements sur les principaux engagements en matière de résultats, voir les secteurs de services qui suivent.





Principaux engagements en matière de résultats

- PER 1.1 Aliments sains et nutritifs**
- PER 1.2 Médicaments, matériel médical et autres produits thérapeutiques (y compris sang et produits sanguins) sûrs et efficaces**
- PER 1.3 Produits de consommation et produits commerciaux sûrs**
- PER 1.4 Milieux de vie et de travail sûrs**
- PER 1.5 Prévention et contrôle efficaces des maladies**
- PER 1.6 Services de santé et de sécurité au travail efficaces et accessibles aux ministères fédéraux**
- PER 1.7 Intervention efficace en cas de catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme**
- PER 1.8 Produits antiparasitaires sûrs et efficaces**

Stratégie 1

Mettre à jour le cadre de gestion des risques pour évaluer les risques pour la santé et l'environnement.

Réalisations

- Élaboration du Cadre décisionnel de Santé Canada pour l'identification, l'évaluation et la gestion des risques pour la santé, afin d'aider le Ministère à déterminer et à analyser les risques pour la santé des Canadiens et à prendre des décisions pour la prise en charge de ces risques.
- Établissement de plans détaillés pour assurer le renforcement et la réorientation de la capacité scientifique du Ministère en vue d'une prise en charge plus efficace des principaux risques pour la santé.
- Création du Bureau de la consommation et de la participation du public (BCPP) au sein de la Direction générale des produits de santé et des aliments. La création du BCPP répond au désir des Canadiens et des Canadiennes d'être mieux renseignés sur les questions de protection de la santé et de participer davantage à l'élaboration des politiques et des programmes visant à protéger leur santé et à assurer leur sécurité. Le BCPP fournira plus d'information sur les programmes de santé aux Canadiens, et il leur permettra de participer au processus décisionnel en les aidant à mieux connaître et à mieux comprendre comment le système de santé fonctionne. Le BCPP prépare une vaste gamme d'outils interactifs d'information, de consultation et d'engagement en vue de rejoindre et de faire participer des publics clés particuliers.



C : Réalisations en matière de rendement

Secteur d'activité 1 : Gestion des risques pour la santé

Renseignements financiers

(En millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1999-2000	Autorisations totales en 1999-2000	Dépenses réelles en 1999-2000
Dépenses brutes	316,7 \$	332,1 \$	318,5 \$
Recettes attendues	(44,9 \$)	(55,8 \$)	(53,8 \$)
Dépenses nettes	271,8 \$	276,3 \$	264,7 \$*

* Cette somme représente 13 p, 100 des dépenses réelles du Ministère. Ce pourcentage est fondé sur les dépenses ministérielles totales, à l'exclusion du paiement forfaitaire de 855,3 millions de dollars pour l'hépatite C, ordonné par la cour, dans le secteur d'activité Promotion de la santé de la population. Ce montant a été exclu afin de permettre la comparaison avec l'année précédente.

Les dépenses réelles sont inférieures de 11,5 millions de dollars aux autorisations totales, car certaines activités entreprises à l'aide de ressources reçues vers la fin de l'exercice 1999-2000 en vue de « soutenir la capacité fédérale de protection de la santé », conformément au budget de 2000, n'ont pas été toutes menées à terme. Les ressources seront reportées à l'exercice 2000-2001 lorsque les dernières dépenses seront engagées.

Site Web : < <http://www.hc-sc.gc.ca> >

Objectif

Améliorer la surveillance de la santé et la capacité de prévoir, de prévenir et de réduire les risques associés aux maladies, aux aliments, à l'eau, aux médicaments, au matériel médical et autres produits thérapeutiques, aux produits antiparasitaires, aux risques environnementaux, aux biens de consommation et aux déterminants fondamentaux de la santé agissant en amont (comportement individuel, famille, conditions sociales et économiques).

Principaux engagements en matière de résultats (PER), stratégies et réalisations

Pour de plus amples renseignements sur les principaux engagements en matière de résultats, voir les secteurs de services qui suivent.





Principaux engagements en matière de résultats

- PER 1.1 Aliments sains et nutritifs**
- PER 1.2 Médicaments, matériel médical et autres produits thérapeutiques (y compris sang et produits sanguins) sûrs et efficaces**
- PER 1.3 Produits de consommation et produits commerciaux sûrs**
- PER 1.4 Milieux de vie et de travail sûrs**
- PER 1.5 Prévention et contrôle efficaces des maladies**
- PER 1.6 Services de santé et de sécurité au travail efficaces et accessibles aux ministères fédéraux**
- PER 1.7 Intervention efficace en cas de catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme**
- PER 1.8 Produits antiparasitaires sûrs et efficaces**

Stratégie 1

Mettre à jour le cadre de gestion des risques pour évaluer les risques pour la santé et l'environnement.

Réalisations

- Élaboration du Cadre décisionnel de Santé Canada pour l'identification, l'évaluation et la gestion des risques pour la santé, afin d'aider le Ministère à déterminer et à analyser les risques pour la santé des Canadiens et à prendre des décisions pour la prise en charge de ces risques.
- Établissement de plans détaillés pour assurer le renforcement et la réorientation de la capacité scientifique du Ministère en vue d'une prise en charge plus efficace des principaux risques pour la santé.
- Création du Bureau de la consommation et de la participation du public (BCPP) au sein de la Direction générale des produits de santé et des aliments. La création du BCPP répond au désir des Canadiens et des Canadiennes d'être mieux renseignés sur les questions de protection de la santé et de participer davantage à l'élaboration des politiques et des programmes visant à protéger leur santé et à assurer leur sécurité. Le BCPP fournira plus d'information sur les programmes de santé aux Canadiens, et il leur permettra de participer au processus décisionnel en les aidant à mieux connaître et à mieux comprendre comment le système de santé fonctionne. Le BCPP prépare une vaste gamme d'outils interactifs d'information, de consultation et d'engagement en vue de rejoindre et de faire participer des publics clés particuliers.



Stratégie 2

Mettre à jour et simplifier la base législative de la gestion des risques.

Réalisations

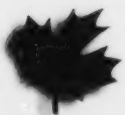
- Élaboration d'une proposition en vue de renouveler le cadre législatif de la protection de la santé (notamment de créer une nouvelle loi sur la protection de la santé), afin :
 - d'énoncer clairement le rôle du gouvernement fédéral dans la protection de la santé;
 - de définir les orientations générales;
 - de moderniser les lois existantes et de les intégrer en un système cohérent
- Préparation d'une deuxième série de consultations en vue de créer un projet de loi nouvelle sur la protection de la santé, qui serait déposé en 2000. En collaboration étroite avec l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) et de concert avec les intervenants, le Ministère procédera également à l'examen du règlement des aliments pris en vertu de la première *Loi sur les aliments et drogues* pour permettre la mise en application efficace de la *Loi sur la salubrité et l'inspection des aliments au Canada*.

Stratégie 3

Établir une nouvelle autorité réglementaire qui sera la première responsable de l'évaluation de la sûreté des produits de santé naturels.

Réalisation

- Création d'un nouveau Bureau des produits de santé naturels (BPSN), qui assurera l'innocuité des produits de santé naturels vendus aux Canadiens tout en facilitant l'accès des consommateurs à un éventail complet de ces produits.



Secteur de service A : Innocuité, qualité et valeur nutritive des aliments

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1999-2000	Autorisations totales en 1999-2000	Dépenses réelles en 1999-2000
Dépenses brutes	56,7 \$	43,2 \$	40,5 \$
Recettes attendues	(1,3 \$)	(1,3 \$)	(1,1 \$)
Dépenses nettes	55,4 \$	41,9 \$	39,4 \$*

* Cette somme représente 14,9 p. 100 des dépenses réelles de Gestion des risques pour la santé.

Site Web : < <http://www.hc-sc.gc.ca/food-aliment/francais/> >

Objectif

Protéger et améliorer la santé et le bien-être des Canadiens et des Canadiennes en définissant et en gérant les risques et les avantages présentés par les aliments, et en jouant un rôle consultatif à cet égard.

Principal engagement en matière de résultats (PER) et réalisations



PER 1.1 Aliments sains et nutritifs

Réalisations

Nutrition

- Examen de 47 dossiers de préparation pour nourrissons, d'aliments nouveaux et d'adjonction de vitamines et de minéraux à des aliments, pour assurer l'innocuité et la qualité nutritionnelle de ces produits.
- Étiquetage nutritionnel : vastes consultations auprès de Canadiens et de Canadiennes qui s'intéressent à l'examen de la politique de l'étiquetage nutritionnel, en vue d'améliorer l'utilité de cet étiquetage, d'en accroître la disponibilité, et de sensibiliser davantage le public à son utilité. Au moyen de trousseaux de consultation et du site Web de Santé Canada, plus de 950 Canadiens ou organisations canadiennes ont fait valoir leur point de vue.



Secteur de service A : Innocuité, qualité et valeur nutritive des aliments

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1999-2000	Autorisations totales en 1999-2000	Dépenses réelles en 1999-2000
Dépenses brutes	56,7 \$	43,2 \$	40,5 \$
Recettes attendues	(1,3 \$)	(1,3 \$)	(1,1 \$)
Dépenses nettes	55,4 \$	41,9 \$	39,4 \$*

* Cette somme représente 14,9 p. 100 des dépenses réelles de Gestion des risques pour la santé.

Site Web : < <http://www.hc-sc.gc.ca/food-aliment/francais/> >

Objectif

Protéger et améliorer la santé et le bien-être des Canadiens et des Canadiennes en définissant et en gérant les risques et les avantages présentés par les aliments, et en jouant un rôle consultatif à cet égard.

Principal engagement en matière de résultats (PER) et réalisations



PER 1.1 Aliments sains et nutritifs

Réalisations

Nutrition

- Examen de 47 dossiers de préparation pour nourrissons, d'aliments nouveaux et d'adjonction de vitamines et de minéraux à des aliments, pour assurer l'innocuité et la qualité nutritionnelle de ces produits.
- Étiquetage nutritionnel : vastes consultations auprès de Canadiens et de Canadiennes qui s'intéressent à l'examen de la politique de l'étiquetage nutritionnel, en vue d'améliorer l'utilité de cet étiquetage, d'en accroître la disponibilité, et de sensibiliser davantage le public à son utilité. Au moyen de troupes de consultation et du site Web de Santé Canada, plus de 950 Canadiens ou organisations canadiennes ont fait valoir leur point de vue.



Leurs opinions ont été analysées, et elles seront prises en considération pour l'élaboration de la nouvelle politique. Pour de plus amples renseignements, voir : < http://www.hc-sc.gc.ca/food-aliment/francais/sujets/etiquetage_des_aliments/etiquetage_nutritionnels.html >.

- Élaboration d'un projet de recommandations de principe pour l'apport de changements en vertu de l'enrichissement des aliments, de manière à refléter les nouvelles connaissances scientifiques sur le rôle des vitamines et des minéraux dans la santé. Les recommandations visent à assouplir la réglementation tout en veillant à ce qu'elle continue de répondre aux besoins en matière de santé publique et de protéger la population contre les effets nocifs des apports nutritionnels excessifs ou mal équilibrés.
- Parrainage d'un examen des données scientifiques sur les exigences et les concentrations maximales tolérables de nutriments et autres constituants alimentaires. Cet examen, qui est réalisé par le *Food and Nutrition Board* de la *National Academy of Sciences*, des États-Unis, vise à produire une série d'apports nutritionnels de référence, destinés à remplacer les apports nutritionnels présentement recommandés pour les Canadiens.

Maladies d'origine alimentaire

- Mise en œuvre d'un projet pilote visant à créer un modèle pour relier et intégrer les données de surveillance sur les maladies de source alimentaire, hydrique, animale, environnementale ou humaine. L'analyse de ces données permettra de déterminer l'influence des facteurs de risques animaux et environnementaux sur la santé humaine et d'établir des stratégies d'intervention en conséquence.
- Étude et mise au point de méthodes rapides pour la détection de pathogènes d'origine alimentaire comme *E. coli* O157 afin d'aider à identifier la source d'infection dans les produits contaminés lors d'enquêtes épidémiologiques. Élaboration de politiques à fondement scientifique pour les principaux pathogènes d'origine alimentaire.
- Projets de recherche, évaluations de risques et élaboration de politiques relativement à nombre de produits d'origine végétale (jus non pasteurisés, baies du Guatemala, germes de semences), afin d'assurer l'innocuité de ces produits crus, en partenariat avec l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) et les provinces et territoires. Par exemple, un projet de recherche consiste à mettre au point une méthode rapide pour la mise en évidence de *Cyclospora* dans les baies du Guatemala.
- Études collectives sur la surveillance de l'utilisation des produits antimicrobiens et de la résistance à ces produits, en partenariat avec des chercheurs gouvernementaux et universitaires, des producteurs d'aliments de bétail, la profession vétérinaire et l'industrie pharmaceutique, ainsi qu'avec d'autres secteurs de l'industrie agricole et agroalimentaire.

Innocuité chimique

- Réalisation de projets visant à éclairer les liens entre les produits chimiques présents dans les aliments et des maladies ou états chroniques comme le cancer et certains effets neurologiques et génétiques, en mettant en



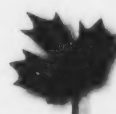
évidence les marqueurs biologiques précoces ou intermédiaires. Les résultats préliminaires de ces projets de longue durée ont été présentés à la communauté scientifique.

- Gestion de l'évaluation de risque canadienne lors de la crise alimentaire belge, en partenariat avec l'ACIA. Analyse de plus de 100 échantillons d'aliments belges pour y déceler la présence de dioxines et de BPC, et réponse aux préoccupations du public et des médias. Transfert de technologie à des laboratoires privés pour accroître la capacité nationale de prise en charge des menaces posées par les aliments.
- Dans le cadre d'un programme prenant en compte la ration alimentaire totale pour mesurer l'exposition à long terme des Canadiens à divers produits chimiques, obtention de nouvelles données sur les BPC, les dioxines, les métaux et les pesticides, pour plusieurs centaines d'aliments; ces données sont largement utilisées par divers clients, par exemple, l'ACIA, la *Food and Drug Administration* des États-Unis et l'*Environmental Protection Agency* des États-Unis.
- Réponse à plusieurs milliers de demandes de renseignements au sujet des produits chimiques dans les aliments. De plus, réalisation d'une quarantaine d'évaluations sur les risques posés par divers contaminants chimiques et toxines naturelles présents dans les aliments. Par exemple :
 - dioxines dans les aliments importés de Belgique (voir ci-dessus);
 - microcystines dans les produits à base d'algue bleue vendus comme aliments;
 - mercure et autres métaux lourds dans les fruits de mer;
 - organochlorés, notamment dioxines, furannes et BPC, dans divers aliments traditionnels.

En ce qui concerne l'examen préalable à la mise en marché des substances chimiques, le Ministère a évalué environ 160 dossiers d'additifs alimentaires et quelque 2 600 dossiers de matériel de conditionnement et d'autres substances chimiques utilisées dans les aires de traitement des aliments.

Biotechnologie

- Promulgation du Règlement sur les aliments nouveaux en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues*, étape cruciale pour la soumission des aliments d'origine biotechnologique à des contrôles réglementaires appropriés. Le règlement exige que Santé Canada soit informé au préalable de la mise en marché au Canada de tout aliment d'origine biotechnologique afin que l'innocuité du produit puisse être évaluée en profondeur.



Évaluation de l'innocuité des aliments

- Publication du premier rapport d'évaluation sur l'efficacité des activités de l'ACIA en ce qui a trait à l'innocuité des aliments. Le rapport, qui portait notamment sur le Système d'intervention d'urgence (de l'ACIA) en cas de dangers causés par les aliments, faisait ressortir les points forts et les points faibles. Les points faibles ont été améliorés, ou sont en voie de l'être.



Secteur de service B : Réglementation des produits thérapeutiques

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1999-2000	Autorisations totales en 1999-2000	Dépenses réelles en 1999-2000
Dépenses brutes	61,6 \$	75,8 \$	77,9 \$
Recettes attendues	(34,7 \$)	(39,3 \$)	(38,7 \$)
Dépenses nettes	26,9 \$	36,5 \$	39,2 \$*

* Cette somme représente 14,8 p. 100 des dépenses réelles de Gestion des risques pour la santé.

SiteWeb : < <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/> >

Objectif

Veiller à ce que les médicaments, le matériel médical et les autres produits thérapeutiques à la disposition des Canadiens soient sûrs, efficaces et de bonne qualité. Santé Canada assure également l'orientation et le soutien législatifs des activités d'application de la loi pour la lutte contre les drogues illicites.

Principal engagement en matière de résultats (PER), stratégies et réalisations



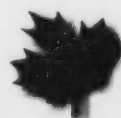
PER 1.2 Médicaments, matériel médical et autres produits thérapeutiques (y compris sang et produits sanguins) sûrs et efficaces

Stratégie 1

Nouvelles initiatives législatives, réglementaires et de supervision

Réalisations

- Fin de l'élaboration du cadre réglementaire pour les produits de santé naturels. < <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/onhp> >
- Établissement d'une réglementation pour faciliter et améliorer l'accès aux produits thérapeutiques, sous réserve de certaines précautions, avant l'approbation des produits dans le cadre du programme d'essais cliniques ou du programme d'accès spécial.



Secteur de service B : Réglementation des produits thérapeutiques

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1999-2000	Autorisations totales en 1999-2000	Dépenses réelles en 1999-2000
Dépenses brutes	61,6 \$	75,8 \$	77,9 \$
Recettes attendues	(34,7 \$)	(39,3 \$)	(38,7 \$)
Dépenses nettes	26,9 \$	36,5 \$	39,2 \$*

* Cette somme représente 14,8 p. 100 des dépenses réelles de Gestion des risques pour la santé.

SiteWeb : < <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/> >

Objectif

Veiller à ce que les médicaments, le matériel médical et les autres produits thérapeutiques à la disposition des Canadiens soient sûrs, efficaces et de bonne qualité. Santé Canada assure également l'orientation et le soutien législatifs des activités d'application de la loi pour la lutte contre les drogues illicites.

Principal engagement en matière de résultats (PER), stratégies et réalisations



PER 1.2 Médicaments, matériel médical et autres produits thérapeutiques (y compris sang et produits sanguins) sûrs et efficaces

Stratégie 1

Nouvelles initiatives législatives, réglementaires et de supervision

Réalisations

- Fin de l'élaboration du cadre réglementaire pour les produits de santé naturels. < <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/onhp> >
- Établissement d'une réglementation pour faciliter et améliorer l'accès aux produits thérapeutiques, sous réserve de certaines précautions, avant l'approbation des produits dans le cadre du programme d'essais cliniques ou du programme d'accès spécial.



- Élaboration de modifications et de guides pour permettre l'usage de la marijuana à des fins médicales. < <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/htmlfrn/cds.html> >
- Ébauche de modifications au Règlement sur le sperme en vue d'inclure dans ce dernier des dispositions prévoyant d'autres épreuves d'établissement de la sûreté du sperme de donneur ainsi que des modalités d'accès spéciales. < <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/htmlfrn/guidmain.html#semen> >
- Publication de lignes directrices pour clarifier et simplifier davantage le processus d'homologation avant la mise sur le marché afin d'offrir un guichet unique pour les produits de désinfection, en coopération avec l'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (ARLA). < http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/zfiles/french/consult/disinfct/disgdlnx_2_f.html >

Stratégie 2

Sûreté du système d'approvisionnement en sang

Réalisations

- Examen et approbation de trousse d'essai pouvant être utilisées par les professionnels de la santé pour la détection précoce du VIH, et production de guides pour un usage approprié de ces trousse.
- Assurance de la continuité du service pour les Canadiens et les Canadiennes durant la transition vers la mise en place de deux nouveaux organismes responsables de l'approvisionnement en sang au Canada (la **Société canadienne du sang** et Héma-Québec), une attention particulière ayant été accordée aux systèmes informatiques et aux risques de problèmes ayant pu survenir lors du passage à l'an 2000.
- Élaboration d'une politique d'exclusion pour les donneurs de sang ayant vécu ou séjourné au Royaume-Uni pendant six mois ou plus entre 1980 et 1996, afin de réduire le risque de contamination des réserves de sang par l'agent de la maladie de Creutzfeldt-Jakob.

Stratégie 3

Harmonisation internationale et coopération réglementaire < <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/htmlfrn/intagree.html> >

Réalisations

- Mise en œuvre d'une procédure opératoire normalisée pour définir le processus de consultation; application et maintien des exigences techniques de la Conférence internationale sur l'harmonisation visant les produits thérapeutiques pour faire en sorte que les décisions réglementaires continuent de répondre aux besoins du public canadien.



- Fin des activités de mise en confiance devant appuyer les ententes de reconnaissance mutuelle avec l'Union européenne et la Suisse. Inspection des établissements de fabrication de produits pharmaceutiques sur les territoires soumis à la réglementation des partenaires.
- Signature, avec l'organisation chinoise nationale chargée de l'administration des médicaments, d'un plan d'action pour l'échange d'information réglementaire.

Stratégie 4

Responsabilité financière, efficience du programme et responsabilisation

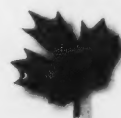
Réalisations

- Élaboration d'une stratégie de participation du public dans divers domaines d'intérêt général ou particulier (p. ex., xénotransplantation, usage médical de la marijuana, etc.).
- Amélioration des outils et des initiatives de communication (p. ex. Feuilles d'information, Bulletin du PPT).
 < <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/htmlfrn/fact-sht.html> >
 < <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/htmlfrn/aboutus.html> >
- Relevé des lacunes et des points à améliorer dans le processus d'examen des médicaments, afin de rendre ce processus plus rapide et mieux adapté. Cet important examen a été effectué de concert avec le Groupe de travail sur le VIH/sida. < http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/zfiles/french/advcomm/wg/hiv/minutes/drpf-rec_f.pdf >
 < http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/zfiles/french/strategy/postapproval1999-2003_f.pdf >
 < http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/science/drug_f.html >
- Publication de rapports périodiques complets et détaillés sur le processus d'approbation des médicaments. < <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/htmlfrn/aboutus.html> >
- Mise en place d'un nouveau système de gestion, y compris d'une infrastructure améliorée de gestion du savoir, d'un nouveau système de planification opérationnelle, de rôles et responsabilités organisationnels révisés, et des mécanismes de soutien connexes.

Programme de subventions de plus de 5 millions de dollars :

(indiqué en gras dans le texte)

Société canadienne du sang : Transition



Délais d'examen des médicaments pour les nouvelles substances actives (NSA)

Délais d'examen améliorés

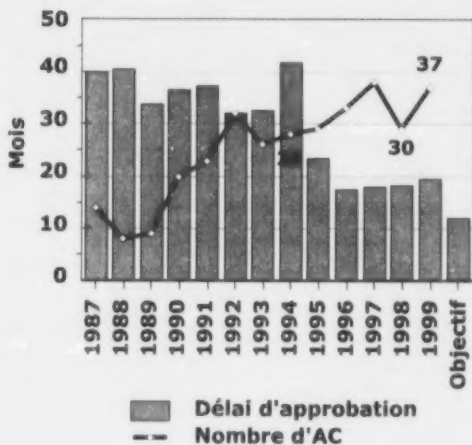
1988: 8 NSA approuvées en 1 235 jours en moyenne
 1994: 28 NSA approuvées en 1 269 jours en moyenne
 1999: 37 NSA approuvées en 595 jours en moyenne

Examens prioritaires (processus accéléré)

1997: 8 médicaments en 569 jours
 1998: 8 médicaments en 396 jours
 1999: 18 médicaments en 347 jours

Les objectifs sont de 355 jours et de 235 jours respectivement. En raison d'un manque de ressources, nous ne sommes pas en mesure d'atteindre ces objectifs. De nouvelles ressources tirées du Budget 2000 nous aideront à atteindre nos objectifs.

Délais moyen d'approbation pour les nouvelles substances actives (NSA)



Secteur de service C : Hygiène du milieu

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1999-2000	Autorisations totales en 1999-2000	Dépenses réelles en 1999-2000
Dépenses brutes	57,2 \$	61,9 \$	57,3 \$
Recettes attendues	(3,3 \$)	(3,3 \$)	(2,1 \$)
Dépenses nettes	53,9 \$	58,6 \$	55,2 \$*

* Cette somme représente 20,9 p. 100 des dépenses réelles de Gestion des risques pour la santé.

Site Web : < <http://www.hc-sc.gc.ca/ehp/dhm/index.htm> >

Objectif

Améliorer la sûreté et la sécurité des produits, et réduire les risques pour la santé en reconnaissant, en évaluant et en gérant les risques et les avantages des milieux naturels et artificiels, tout en contribuant au développement durable.

Principaux engagements en matière de résultats (PER) et réalisations

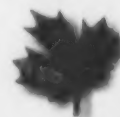


**PER 1.3 Produits de consommation et produits commerciaux
sûrs**

PER 1.4 Milieux de vie et de travail sûrs

Réalisations

- Études régionales, nationales et internationales :
 - collecte de données sur les effets à long terme de la pollution atmosphérique sur la santé des adolescents (avec la *Harvard School of Public Health*);
 - recherche sur la santé des jeunes enfants et l'exposition précoce aux allergènes présents dans l'air (avec des organismes de l'Î.-P.-É et la Société canadienne d'hypothèques et de logement);
 - analyse de la pollution atmosphérique et visite d'un service d'urgence cardio-respiratoire (Saint John);



Délais d'examen des médicaments pour les nouvelles substances actives (NSA)

Délais d'examen améliorés

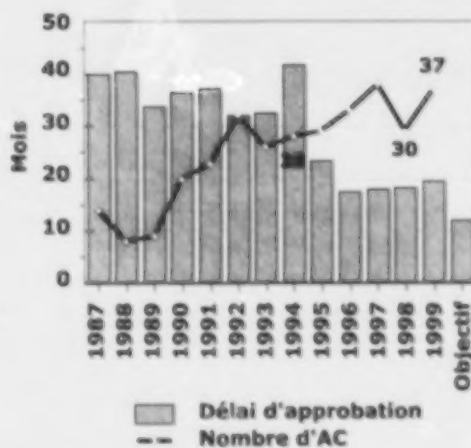
1988: 8 NSA approuvées en 1 235 jours en moyenne
 1994: 28 NSA approuvées en 1 269 jours en moyenne
 1999: 37 NSA approuvées en 595 jours en moyenne

Examens prioritaires (processus accéléré)

1997: 8 médicaments en 569 jours
 1998: 8 médicaments en 396 jours
 1999: 18 médicaments en 347 jours

Les objectifs sont de 355 jours et de 235 jours respectivement. En raison d'un manque de ressources, nous ne sommes pas en mesure d'atteindre ces objectifs. De nouvelles ressources tirées du Budget 2000 nous aideront à atteindre nos objectifs.

Délais moyen d'approbation pour les nouvelles substances actives (NSA)



Secteur de service C : Hygiène du milieu

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1999-2000	Autorisations totales en 1999-2000	Dépenses réelles en 1999-2000
Dépenses brutes	57,2 \$	61,9 \$	57,3 \$
Recettes attendues	(3,3 \$)	(3,3 \$)	(2,1 \$)
Dépenses nettes	53,9 \$	58,6 \$	55,2 \$*

* Cette somme représente 20,9 p. 100 des dépenses réelles de Gestion des risques pour la santé.

Site Web : < <http://www.hc-sc.gc.ca/ehp/dhm/index.htm> >

Objectif

Améliorer la sûreté et la sécurité des produits, et réduire les risques pour la santé en reconnaissant, en évaluant et en gérant les risques et les avantages des milieux naturels et artificiels, tout en contribuant au développement durable.

Principaux engagements en matière de résultats (PER) et réalisations



PER 1.3 Produits de consommation et produits commerciaux sûrs

PER 1.4 Milieux de vie et de travail sûrs

Réalisations

- Études régionales, nationales et internationales :
 - collecte de données sur les effets à long terme de la pollution atmosphérique sur la santé des adolescents (avec la *Harvard School of Public Health*);
 - recherche sur la santé des jeunes enfants et l'exposition précoce aux allergènes présents dans l'air (avec des organismes de l'I.-P.-É et la Société canadienne d'hypothèques et de logement);
 - analyse de la pollution atmosphérique et visite d'un service d'urgence cardio-respiratoire (Saint John);



- analyse de relevés journaliers de la pollution atmosphérique et des effets sur la santé (cardio-respiratoire) en termes de mortalité et de morbidité, du nombre de jours d'invalidité (à l'échelle nationale) et d'utilisation des établissements de santé;
- analyse des effets des radionucléides naturels sur le matériel génétique humain et animal.
- Financement de 81 projets de recherche dans le cadre de l'**Initiative de recherche sur les substances toxiques**, qui généreront plus de données scientifiques ou autres sur les effets des polluants organiques persistants, des métaux, des produits chimiques perturbateurs du système endocrinien et de la qualité de l'air urbain sur la santé, ainsi que des données sur les effets environnementaux cumulatifs.
- Poursuite de l'élaboration de normes nationales sur la qualité de la mammographie, afin de maintenir et d'améliorer cette qualité et d'ainsi permettre un meilleur diagnostic du cancer du sein.
- Sensibilisation au Programme d'accréditation en mammographie de l'Association canadienne des radiologistes pour assurer un usage sûr et approprié des appareils de mammographie.
- En vertu des responsabilités dévolues par la *Loi sur les produits dangereux* :
 - activités nationales d'application de la loi pour les jouets, les briquets, les allumettes, le charbon de bois, les contenants en verre de boissons gazeuses et les anneaux de dentition;
 - activités visant à encourager les programmes volontaires de conformité aux normes de non-inflammabilité visant les meubles rembourrés et aux normes visant les marchettes de bébé;
 - mesures coercitives contre les entreprises dont les produits n'étaient pas conformes;
 - interventions pour réduire la teneur en plomb dans certains produits pour enfants, notamment l'envoi de 7 855 lettres aux fabricants, distributeurs et importateurs de bijoux pour demander de limiter la teneur totale en plomb à 65 mg/kg.
- Activités de surveillance en vertu de la *Loi sur le tabac* et des dispositions réglementaires sur l'accès des jeunes au tabac, qui ont révélé un taux de conformité de 69 p. 100 chez les détaillants.
- Création d'un Comité consultatif des jeunes (CCJ) chargé de présenter des recommandations, et de faire connaître les préoccupations et les opinions des jeunes sur les questions touchant le tabagisme, à la Secrétaire d'État à l'Enfance et à la Jeunesse.
- Pendant la Semaine nationale des non-fumeurs, dépôt de propositions de mises en garde relatives à la santé et devant occuper 50 p. 100 de la surface du paquet de cigarettes.



- Diffusion de messages antitabac à la télévision, et publication d'annonces ciblant les 13 à 19 ans dans les magazines pour jeunes au cours de l'automne 1999.
- Présentation de propositions, par le nouveau Bureau des produits commerciaux (BPC), sur les priorités en matière de salubrité de l'environnement pour la *Loi canadienne sur la protection de la santé*, la *Loi sur les produits dangereux*, la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement*, la *Loi sur les dispositifs émettant des radiations* et la *Loi canadienne sur l'évaluation environnementale*. Les fonctionnaires du BPC ont rencontré des représentants du secteur privé, des provinces, de laboratoires et d'associations de santé, ainsi que des autorités régionales et municipales, afin de cerner leurs besoins législatifs et de les renseigner sur le Programme d'hygiène du milieu.
- Publication, en collaboration avec les provinces, d'un code de sécurité fédéral pour les radiofréquences électromagnétiques (y compris les fréquences de télécommunications).

< http://www.hc-sc.gc.ca/ehp/dhm/catalogue/brp_pubs/99dhm237.pdf >

Comme chef de file gouvernemental pour la contribution à la mise en place d'un système harmonisé universel pour la classification et l'étiquetage des produits chimiques dangereux :

- établissement de critères de risque pour les substances chimiques pures;
- ratification de l'élément « communication des dangers » du système harmonisé;
- ratification de certains critères pour la classification des mélanges chimiques.
- En vertu du Plan d'intervention fédéral en cas d'urgence nucléaire :
 - Accueil de CANATEX 3/INEX 2, vaste exercice international de simulation de catastrophe nucléaire, auquel ont participé plus de 50 organismes du Canada, des États-Unis, de la France et d'une trentaine d'autres pays.
 - Élaboration de lignes directrices nationales pour le contrôle des aliments et de l'eau contaminés après un accident nucléaire, pour d'autres interventions en cas d'urgence nucléaire, ainsi que pour le contrôle des matières radioactives naturellement présentes dans l'environnement.
- En vertu du Traité d'interdiction complète des essais nucléaires :
 - Inscription de Vancouver auprès du Bureau du traité à Vienne comme premier site d'enquête canadien pour l'élément « radioactivité » du Système de surveillance international.
 - Création d'une capacité nationale de laboratoire pour les radionucléides, devant permettre de surveiller les retombées radioactives partout au Canada.

Programme de contributions de plus de 5 millions de dollars :

(indiqué en gras dans le texte)

Initiative de recherche sur les substances toxiques



IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

**THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED
TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST
REPRODUCTIVE QUALITY**

**USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES
REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN
A COMPLETE READING OF THE TEXT.**

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

**LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN
DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE
REPRODUCTION**

**LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES
LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN
D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL**

micromedia
a division of IHS Canada

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

Secteur de service D : Prévention et contrôle de la maladie

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1999-2000	Autorisations totales en 1999-2000	Dépenses réelles en 1999-2000
Dépenses nettes	53,6 \$	50,0 \$	43,3 \$*

* Cette somme représente 16,3 p. 100 des dépenses réelles de Gestion des risques pour la santé.

Site Web : < <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/> >

Objectif

Permettre au Ministère d'évaluer l'efficacité et l'efficience de diverses méthodes de prévention, de dépistage et de diagnostic, de traitement et de soins palliatifs pour un large éventail de maladies.

Principal engagement en matière de résultats (PER) et réalisations



PER 1.5 Prévention et contrôle efficaces des maladies

Maladies infectieuses

Réalisations

- Établissement d'un système pilote intégré de surveillance des maladies transmissibles par le sang permettant l'analyse et l'interprétation de données uniformisées, en partenariat avec la Colombie-Britannique, le Québec et l'Île-du-Prince-Édouard.
- Soutien diagnostique en laboratoire pour la surveillance nationale et internationale des maladies à prions; services et conseils scientifiques et techniques à des ministères et à des centres externes pour le diagnostic des prions, leur prévention et leur contrôle. Ces efforts ont permis de produire des données épidémiologiques aux fins de l'évaluation des risques, de la prise de décisions réglementaires et de l'élaboration de politiques visant à réduire l'impact sur la santé publique canadienne.



Secteur de service D : Prévention et contrôle de la maladie

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1999-2000	Autorisations totales en 1999-2000	Dépenses réelles en 1999-2000
Dépenses nettes	53,6 \$	50,0 \$	43,3 \$*

* Cette somme représente 16,3 p. 100 des dépenses réelles de Gestion des risques pour la santé.

Site Web : < <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/> >

Objectif

Permettre au Ministère d'évaluer l'efficacité et l'efficience de diverses méthodes de prévention, de dépistage et de diagnostic, de traitement et de soins palliatifs pour un large éventail de maladies.

Principal engagement en matière de résultats (PER) et réalisations



PER 1.5 Prévention et contrôle efficaces des maladies

Maladies infectieuses

Réalisations

- Établissement d'un système pilote intégré de surveillance des maladies transmissibles par le sang permettant l'analyse et l'interprétation de données uniformisées, en partenariat avec la Colombie-Britannique, le Québec et l'Île-du-Prince-Édouard.
- Soutien diagnostique en laboratoire pour la surveillance nationale et internationale des maladies à prions; services et conseils scientifiques et techniques à des ministères et à des centres externes pour le diagnostic des prions, leur prévention et leur contrôle. Ces efforts ont permis de produire des données épidémiologiques aux fins de l'évaluation des risques, de la prise de décisions réglementaires et de l'élaboration de politiques visant à réduire l'impact sur la santé publique canadienne.



- Établissement d'un Plan d'urgence canadien de lutte contre la pandémie de la grippe, de concert avec les provinces et les territoires. Le plan, qui continuera d'évoluer, vise à atténuer l'impact de la pandémie de grippe prévue.

Maladies non infectieuses, affections et blessures

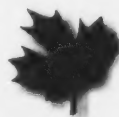
Réalisation

- Mise en chantier du Système national de surveillance du diabète, activité qui a eu pour effet d'améliorer la qualité des données de surveillance à l'échelle nationale. Rôle directeur au sein du Groupe de travail sur l'asthme. Détermination et évaluation d'autres maladies chroniques non transmissibles justifiant des stratégies d'intervention.

Surveillance et soutien des laboratoires

Réalisations

- Avis donnés aux responsables de la santé publique relativement aux nouvelles menaces internationales pour la santé publique, suivi d'une collaboration et d'un échange de connaissances sur la question. Les clients ont utilisé cette information pour réduire les risques que présentent ces nouvelles menaces pour les Canadiens, au pays ou à l'étranger. L'Organisation mondiale de la santé a donné suite aux renseignements communiqués par le Réseau mondial d'information sur la santé publique (RMISP) en coordonnant une intervention mondiale rapide en cas de risque ou de danger pour la santé publique. Les clients canadiens utilisent les données du RMISP pour évaluer les risques pour la santé et prendre de meilleures décisions afin de protéger la santé des Canadiens et des Canadiennes.
- Établissement d'un système national de surveillance pour déceler les éclosions de maladies entériques, et d'un système d'alerte électronique en cas d'éclosion qui permet l'acquisition prompte de données sur les maladies entériques ainsi que sur les maladies d'origine hydrique ou alimentaire. Le système permet également d'appuyer les mesures de santé publique aux échelles locale, provinciale et fédérale en facilitant la détection et l'intervention rapides, et a donné lieu à une base de données de surveillance nationale qui permet de déterminer les tendances nationales et provinciales des maladies.
- Communication de données de surveillance nationales sur les cas signalés de sida et d'infection par le VIH, de rapports semi-annuels, de bulletins d'*Actualités épidémiologiques* et autres publications, mis à la disposition des parties intéressées. Cette information a été utilisée pour guider plus efficacement les programmes de prévention et de contrôle, notamment pour accroître la capacité de prise en charge du problème du VIH/sida par les communautés des Premières nations.



Progrès relatifs à la mise en application des recommandations du Vérificateur général, chapitre 14, septembre 1999 – Surveillance nationale de la santé

- Se reporter au secteur d'activité Politiques, planification et information en matière de santé, à la page 80, pour en savoir plus sur les progrès relatifs à l'Infostructure nationale de surveillance de la santé (INSS).
- En juin 1999, la Conférence des sous-ministres a donné son appui à la création du Réseau national de surveillance de la santé et à l'établissement d'un organe de coordination fédéral, provincial et territorial (FPT) – Groupe de travail sur la surveillance de la santé.
- Signature d'un protocole avec l'Agence canadienne d'inspection des aliments pour une prise en charge lors d'éclosions de maladies d'origine alimentaire. Ce protocole a été suivi à l'occasion d'un certain nombre d'éclosions de maladie. À l'heure actuelle, les provinces et les territoires sont tous consultés en vue d'une adhésion unanime au protocole.
- Établissement de procédures opérationnelles dans quatre grands aéroports internationaux visant à intercepter les voyageurs porteurs de maladies infectieuses potentiellement dangereuses.
- Mise en application d'un plan FPT pour le transport des agents de niveau 4 (anthrax, tuberculose multirésistante, varicelle et autres). Chaque province reçoit de la formation pour savoir comment réagir et expédier le matériel.
- Signature d'une entente officielle entre le Laboratoire de lutte contre la maladie et les provinces et territoires relativement à divers programmes de dépistage du cancer du sein, comme la Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein, afin de faciliter l'évaluation et la surveillance du programme.



Secteur de service E : Agence d'hygiène et de sécurité au travail

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1999-2000	Autorisations totales en 1999-2000	Dépenses réelles en 1999-2000
Dépenses brutes	28,2 \$	29,7 \$	28,9 \$
Recettes attendues	(5,3 \$)	(5,3 \$)	(4,5 \$)
Dépenses nettes	22,9 \$	24,4 \$	24,4 \$*

* Cette somme représente 9,2 p. 100 des dépenses réelles de Gestion des risques pour la santé.

Site Web : < <http://www.hc-sc.gc.ca/ohsa/nehsif.htm> >

Objectif

Fournir une vaste gamme de services directs de sécurité et de santé au travail et de santé publique, ainsi que des conseils en la matière, à toutes les administrations du secteur public, aux organisations sous réglementation fédérale et aux organisations non gouvernementales. Continuer à travailler avec d'autres secteurs de Santé Canada pour protéger la population canadienne contre les maladies quarantenaires. Protéger la santé des dignitaires en visite au Canada.

Principal engagement en matière de résultats (PER), stratégie et réalisations



PER 1.6 Services de santé et de sécurité au travail efficaces et accessibles aux ministères fédéraux

Stratégie

Travailler avec les ministères fédéraux afin de définir une nouvelle « relation de travail ».

Réalisations

L'Agence d'hygiène et de sécurité au travail (AHST) travaille avec les clients fédéraux pour améliorer l'efficacité du programme par une planification bilatérale des exigences et des délais relatifs à la prestation des services. Des protocoles d'entente portant sur la planification du travail, les prévisions budgétaires, l'utilisation des fonds et la rétroaction aux ministères sur le nombre et le type de services reçus de l'Agence ont été établis.





Secteur de service E : Agence d'hygiène et de sécurité au travail

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1999-2000	Autorisations totales en 1999-2000	Dépenses réelles en 1999-2000
Dépenses brutes	28,2 \$	29,7 \$	28,9 \$
Recettes attendues	(5,3 \$)	(5,3 \$)	(4,5 \$)
Dépenses nettes	22,9 \$	24,4 \$	24,4 \$*

* Cette somme représente 9,2 p. 100 des dépenses réelles de Gestion des risques pour la santé.

Site Web : < <http://www.hc-sc.gc.ca/ohsa/nehsif.htm> >

Objectif

Fournir une vaste gamme de services directs de sécurité et de santé au travail et de santé publique, ainsi que des conseils en la matière, à toutes les administrations du secteur public, aux organisations sous réglementation fédérale et aux organisations non gouvernementales. Continuer à travailler avec d'autres secteurs de Santé Canada pour protéger la population canadienne contre les maladies quarantenaires. Protéger la santé des dignitaires en visite au Canada.

Principal engagement en matière de résultats (PER), stratégie et réalisations



PER 1.6 Services de santé et de sécurité au travail efficaces et accessibles aux ministères fédéraux

Stratégie

Travailler avec les ministères fédéraux afin de définir une nouvelle « relation de travail ».

Réalisations

L'Agence d'hygiène et de sécurité au travail (AHST) travaille avec les clients fédéraux pour améliorer l'efficacité du programme par une planification bilatérale des exigences et des délais relatifs à la prestation des services. Des protocoles d'entente portant sur la planification du travail, les prévisions budgétaires, l'utilisation des fonds et la rétroaction aux ministères sur le nombre et le type de services reçus de l'Agence ont été établis.



- Établissement d'un conseil consultatif de gestion.
- Signature de 16 ententes avec des ministères.
- 67 communications du président-directeur général partout au Canada, devant des gestionnaires de tous les ministères fédéraux, sur la diligence raisonnable et la planification de bons programmes de santé et de sécurité au travail. Le personnel régional a participé à de nombreuses autres réunions visant à faire mieux connaître les questions d'actualité et à améliorer les services existants.
- Mise en service d'un système de gestion des affectations.
- Production de rapports trimestriels sur les services aux clients.
- Évaluation des capacités de ministères clients en matière de santé et de sécurité au travail.
- Protection de la santé des dignitaires lors du Sommet de la francophonie et de la Conférence des premières dames, en collaboration avec le ministère des Affaires extérieures et du Commerce international et Patrimoine Canada.

Les partenaires sont les ministères et les organismes qui figurent à l'Annexe I de la *Loi sur les relations de travail dans la fonction publique*.

L'Agence comme les ministères clients ont bénéficié d'une planification efficiente des besoins en services et d'une rétroaction sur les réalisations.



Secteur de service F : Services d'urgence

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1999-2000	Autorisations totales en 1999-2000	Dépenses réelles en 1999-2000
Dépenses brutes	1,6 \$	1,8 \$	1,9 \$
Recettes attendues	(0,1 \$)	(0,1 \$)	(0,1 \$)
Dépenses nettes	1,5 \$	1,7 \$	1,8 \$*

* Cette somme représente 0,7 p. 100 des dépenses réelles de Gestion des risques pour la santé.

Site Web : < http://www.hc-sc.gc.ca/msb/emergency/index_f.htm >

Objectif

Soutenir le système des services de santé et des services sociaux en cas de catastrophe.

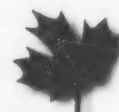
Principal engagement en matière de résultats (PER) et réalisations



PER 1.7 Intervention efficace en cas de catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme

Réalisations

- Maintien d'une réserve nationale en cas d'urgence – matériel médical, fournitures de produits pharmaceutiques – pour appuyer la prestation de services de santé et de services sociaux d'urgence en cas de catastrophe.
- Tenue d'un exercice de deux jours en avril 1999 pour mettre à l'essai le Plan d'intervention fédéral en cas d'urgence nucléaire. Suite à l'exercice, un examen a été réalisé et un rapport a été préparé en coopération avec le Bureau de la radioprotection. Les leçons tirées de l'exercice seront incorporées dans le plan afin d'améliorer l'intervention en cas d'urgences de cette nature et de mieux protéger les Canadiens et les Canadiennes.
- En coopération avec les provinces, tenue de séances de formation et de séminaires à l'intention de planificateurs de services d'urgence et de services sociaux ainsi que d'intervenants d'hôpitaux et d'agences sociales, sur la préparation de services de santé et de services sociaux d'urgence.





Secteur de service F : Services d'urgence

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1999-2000	Autorisations totales en 1999-2000	Dépenses réelles en 1999-2000
Dépenses brutes	1,6 \$	1,8 \$	1,9 \$
Recettes attendues	(0,1 \$)	(0,1 \$)	(0,1 \$)
Dépenses nettes	1,5 \$	1,7 \$	1,8 \$*

* Cette somme représente 0,7 p. 100 des dépenses réelles de Gestion des risques pour la santé.

Site Web : < http://www.hc-sc.gc.ca/msb/emergency/index_f.htm >

Objectif

Soutenir le système des services de santé et des services sociaux en cas de catastrophe.

Principal engagement en matière de résultats (PER) et réalisations



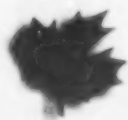
PER 1.7 Intervention efficace en cas de catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme

Réalisations

- Maintien d'une réserve nationale en cas d'urgence – matériel médical, fournitures de produits pharmaceutiques – pour appuyer la prestation de services de santé et de services sociaux d'urgence en cas de catastrophe.
- Tenue d'un exercice de deux jours en avril 1999 pour mettre à l'essai le Plan d'intervention fédéral en cas d'urgence nucléaire. Suite à l'exercice, un examen a été réalisé et un rapport a été préparé en coopération avec le Bureau de la radioprotection. Les leçons tirées de l'exercice seront incorporées dans le plan afin d'améliorer l'intervention en cas d'urgences de cette nature et de mieux protéger les Canadiens et les Canadiennes.
- En coopération avec les provinces, tenue de séances de formation et de séminaires à l'intention de planificateurs de services d'urgence et de services sociaux ainsi que d'intervenants d'hôpitaux et d'agences sociales, sur la préparation de services de santé et de services sociaux d'urgence.



- Production de lignes directrices portant sur des programmes d'urgence, notamment des services d'alimentation et d'hébergement d'urgence, d'inscription d'évacués et de réponse aux questions sur des personnes manquantes, à l'intention de planificateurs provinciaux et municipaux de services d'urgence et de services sociaux ainsi que d'organisations non gouvernementales.



Secteur de service G : Réglementation de la lutte antiparasitaire

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1999-2000	Autorisations totales en 1999-2000	Dépenses réelles en 1999-2000
Dépenses brutes	16,1 \$	25,8 \$	26,6 \$
Recettes attendues	(0,2 \$)	(6,5 \$)	(7,3 \$)
Dépenses nettes	15,9 \$	19,3 \$	19,3 \$*

* Cette somme représente 7,3 p. 100 des dépenses réelles de Gestion des risques pour la santé.

Site Web : < http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/french/MenuPages/MainMenu_NC_F.htm >

Objectif

Protéger la santé humaine et l'environnement en réduisant les risques que comporte l'utilisation de produits antiparasitaires, tout en permettant l'accès à des outils de lutte antiparasitaire, à savoir des produits antiparasitaires et des stratégies de lutte antiparasitaire durables.

Principal engagement en matière de résultats (PER), stratégies et réalisations



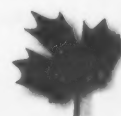
PER 1.8 Produits antiparasitaires sûrs et efficaces

Stratégie 1

Un travail scientifique solide et progressif qui comprend des approches innovatrices pour la gestion durable des produits antiparasitaires

Réalisations

- Tenue d'une vaste consultation sur un programme de réévaluation amélioré ayant pour but de réévaluer, d'ici à 2005-2006, tous les pesticides homologués jusqu'au 31 décembre 1994, ce, afin de s'assurer qu'ils satisfont aux normes de sécurité en vigueur (voir site Web ci-dessus, à Publications/ Lignes directrices / Projet de directive / 1993-1999 / Pro99-01).



Secteur de service G : Réglementation de la lutte antiparasitaire

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1999-2000	Autorisations totales en 1999-2000	Dépenses réelles en 1999-2000
Dépenses brutes	16,1 \$	25,8 \$	26,6 \$
Recettes attendues	(0,2 \$)	(6,5 \$)	(7,3 \$)
Dépenses nettes	15,9 \$	19,3 \$	19,3 \$*

* Cette somme représente 7,3 p. 100 des dépenses réelles de Gestion des risques pour la santé.

Site Web : < http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/french/MenuPages/MainMenu_NC_F.htm >

Objectif

Protéger la santé humaine et l'environnement en réduisant les risques que comporte l'utilisation de produits antiparasitaires, tout en permettant l'accès à des outils de lutte antiparasitaire, à savoir des produits antiparasitaires et des stratégies de lutte antiparasitaire durables.

Principal engagement en matière de résultats (PER), stratégies et réalisations



PER 1.8 Produits antiparasitaires sûrs et efficaces

Stratégie 1

Un travail scientifique solide et progressif qui comprend des approches innovatrices pour la gestion durable des produits antiparasitaires

Réalisations

- Tenue d'une vaste consultation sur un programme de réévaluation amélioré ayant pour but de réévaluer, d'ici à 2005-2006, tous les pesticides homologués jusqu'au 31 décembre 1994, ce, afin de s'assurer qu'ils satisfont aux normes de sécurité en vigueur (voir site Web ci-dessus, à Publications/ Lignes directrices / Projet de directive / 1993-1999 / Pro99-01).



- Négociation d'une entente avec le Conseil canadien du canola en vue de l'élimination volontaire graduelle du traitement au lindane des graines de canola, par suite des craintes exprimées aux échelles nationale et internationale quant à la persistance de cette substance, à son transport sur de longues distances et à sa présence répandue dans l'environnement.
- Établissement d'une entente de partenariat avec le Conseil des normes du Canada pour créer et maintenir un Programme de surveillance de la conformité aux bonnes pratiques de laboratoire (BPL) (les BPL favorisent la qualité et la validité des données expérimentales à l'appui des homologations de pesticides) – 11 installations d'essai et de sites reconnus comme étant conformes.
- Participation continue aux activités du comité directeur de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) pour la réduction des risques liés aux pesticides, lequel a dressé des plans pour la réalisation de projets pilotes par les pays membres, en 2000, sur les indicateurs de risque liés aux pesticides.
- Mise à l'essai de systèmes pour la collecte et le traitement des données de vente, et conclusion d'une entente prévoyant que les sociétés membres du *Crop Protection Institute* et de l'Association canadienne des manufacturiers de spécialités chimiques présentent volontairement des données à compter d'avril 2000, pendant que se poursuit l'élaboration d'un projet de règlement en vertu duquel tous les titulaires d'homologation seraient tenus de produire annuellement des données sur les ventes.

Réalisation d'environ 2 500 enquêtes, inspections et consultations, appuyées par quelque 1 300 analyses de laboratoire, pour encourager et vérifier la conformité à la *Loi sur les produits antiparasitaires (LPA)*.

Stratégie 2

Processus réglementaires ouverts, transparents et participatifs, et accès opportun à des produits antiparasitaires nouveaux et plus sûrs

Réalisations

- Respect du délai de 18 mois fixé pour l'examen de 34 dossiers complexes qui ont nécessité l'homologation de nouveaux ingrédients actifs ou de nouveaux usages importants de pesticides homologués en vertu de l'ancien système (le passage au nouveau système a occasionné des retards de 2 à 16 jours pour 8 dossiers).
- Respect du délai de 12 mois pour les examens mixtes canado-américains, ce qui a permis l'homologation simultanée d'un fongicide à risque réduit à utiliser sur les raisins, les fraises et les plantes ornementales.
- Perfectionnement de propositions en vue d'une nouvelle loi sur les pesticides.



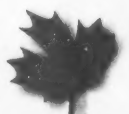
- Tenue de deux réunions avec le Conseil consultatif sur la lutte antiparasitaire, qui ont débouché sur la présentation d'avis au Ministre au sujet de la loi et de la lutte antiparasitaire intégrée; collaboration continue avec les provinces et les territoires par l'entremise du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la lutte antiparasitaire et les pesticides; et étude des avis stratégiques fournis par le Comité consultatif de gestion économique sur la simplification des opérations et la réduction des coûts.
- Publication de cinq projets de décision réglementaire pour permettre la consultation sur un projet d'homologation complète de nouveaux ingrédients actifs, et d'une décision réglementaire annonçant une homologation finale après étude des commentaires reçus.

Stratégie 3

Gestion efficace des ressources humaines et financières

Réalisations

- Maintien du cap sur un gain d'efficacité de 40 p. 100 dans l'examen des dossiers de nouveaux produits d'ici à la fin de 2004, qui représente une augmentation de 23 p. 100 ayant été mesurée en deux ans depuis 1997 – pour que d'autres progrès soient possibles, l'industrie devra présenter des dossiers qui respectent les normes de l'examen préliminaire, des dossiers électroniques et/ou des dossiers pouvant faire l'objet d'un examen mixte Canada-États-Unis.
- Tenue de la première réunion sur le thème « Le marché nord-américain des pesticides », à laquelle ont participé de hauts fonctionnaires de l'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (ARLA), d'Agriculture et Agroalimentaire Canada, de l'*Environmental Protection Agency* des États-Unis et du ministère de l'Agriculture des États-Unis, ainsi d'organisations de producteurs et de l'industrie des pesticides, pour encourager l'harmonisation, minimiser les irritants commerciaux possibles et améliorer la communication et la collaboration entre les producteurs, l'industrie des pesticides, les organismes de réglementation et les ministères responsables de l'agriculture.
- Réalisation d'une étude pilote mixte industrie-ARLA visant à comparer les processus d'examen en trois formats : logiciel de navigation sur le Web (une première pour un dossier de pesticide), transmission du dossier et des données assistée par ordinateur, et transmission traditionnelle sur support papier. D'après les résultats obtenus, une capacité électronique se traduira par une plus grande efficacité pour l'examen des dossiers complexes.
- Formation poussée du personnel sur les modèles d'examen électronique et les processus d'examen normalisés pour les principales catégories de dossiers de pesticide, dans le cadre de la préparation au système Gouvernement du Canada en direct.



Secteur de service H : Secrétariat canadien du sang

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1999-2000	Autorisations totales en 1999-2000	Dépenses réelles en 1999-2000
Dépenses nettes	41,7 \$	43,9 \$	42,1 \$*

* Cette somme représente 15,9 p. 100 des dépenses réelles de Gestion des risques pour la santé.

Site Web : < <http://www.hc-sc.gc.ca> >

Objectif

Fournir à Santé Canada des moyens d'orienter, de planifier et de coordonner le système d'approvisionnement en sang pour assurer les fonctions ministérielles de réglementation, de surveillance et de régie, dans le meilleur intérêt des principaux intervenants du système.

Principal engagement en matière de résultats (PER) et réalisations



PER 1.2 Du sang et des produits sanguins sûrs et efficaces

Réalisations

- Aide au Laboratoire de lutte contre la maladie pour la création d'une solide capacité de surveillance et d'enquête, et pour l'établissement d'un programme de recherche-développement en vue de lutter contre les virus à diffusion hématogène. Les projets visaient notamment la maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) et la surveillance d'autres prions, les pathogènes transmissibles par le sang, les enquêtes de santé publique sur les nouveaux pathogènes transmissibles par le sang, la surveillance hospitalière et l'épidémiologie clinique.
- Participation à la planification du Système de surveillance des accidents de transfusion. Ce système offrira un registre central de transfusion à chacune des provinces participantes (C.-B., Québec, Nouvelle-Écosse, Î.-P.-É.) afin de permettre la collecte d'informations sur les réactions indésirables - de modérées à graves - chez les receveurs de sang et de produits sanguins.



Secteur de service H : Secrétariat canadien du sang

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1999-2000	Autorisations totales en 1999-2000	Dépenses réelles en 1999-2000
Dépenses nettes	41,7 \$	43,9 \$	42,1 \$*

* Cette somme représente 15,9 p. 100 des dépenses réelles de Gestion des risques pour la santé.

Site Web : < <http://www.hc-sc.gc.ca> >

Objectif

Fournir à Santé Canada des moyens d'orienter, de planifier et de coordonner le système d'approvisionnement en sang pour assurer les fonctions ministérielles de réglementation, de surveillance et de régie, dans le meilleur intérêt des principaux intervenants du système.

Principal engagement en matière de résultats (PER) et réalisations



PER 1.2 Du sang et des produits sanguins sûrs et efficaces

Réalisations

- Aide au Laboratoire de lutte contre la maladie pour la création d'une solide capacité de surveillance et d'enquête, et pour l'établissement d'un programme de recherche-développement en vue de lutter contre les virus à diffusion hématogène. Les projets visaient notamment la maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) et la surveillance d'autres prions, les pathogènes transmissibles par le sang, les enquêtes de santé publique sur les nouveaux pathogènes transmissibles par le sang, la surveillance hospitalière et l'épidémiologie clinique.
- Participation à la planification du Système de surveillance des accidents de transfusion. Ce système offrira un registre central de transfusion à chacune des provinces participantes (C.-B., Québec, Nouvelle-Écosse, Î.-P.-É.) afin de permettre la collecte d'informations sur les réactions indésirables – de modérées à graves – chez les receveurs de sang et de produits sanguins.



- Aide à l'élaboration de politiques réglementaires et opérationnelles sur le sang, les tissus, les organes et les xénogreffons (BTOX). Ces politiques visent à réduire le risque de transmission de maladies comme le VIH/sida et l'hépatite C, favorisant ainsi la santé et la sécurité des Canadiens qui doivent recevoir du sang, des tissus ou des organes à des fins thérapeutiques.
- Prestation de soutien – gestion des dossiers, orientation, administration, contentieux – au ministère de la Justice lors de négociations et de litiges relatifs à des maladies transmissibles par le sang telles que l'hépatite C et l'infection par le VIH.
- Aide à la GRC pour son enquête; plus précisément, création et tenue d'un vaste dépôt pour les documents du Ministère confiés sous mandat à cette dernière.
- Aide au Conseil national de la sûreté du sang pour l'organisation de trois tribunes nationales (ouvertes) sur des thèmes se rapportant au sang : recommandations de la Commission Krever – situation et questions; MCJ et défis du système d'approvisionnement en sang; pénuries d'immunoglobulines intraveineuses et d'autres dérivés plasmatiques.



Secteur d'activité 2 : Promotion de la santé de la population

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1999-2000	Autorisations totales en 1999-2000	Dépenses réelles en 1999-2000
Dépenses nettes	215,1 \$	238,7 \$	238,7 \$*
Paiement législatif	-	855,3 \$	855,3 \$

* Cette somme représente 11,7 p. 100 des dépenses réelles du Ministère. Le paiement législatif de 855,3 millions de dollars pour l'hépatite C, ordonné par la cour, a été exclu afin de permettre la comparaison avec l'année précédente.

Site Web : < <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb> >

Objectif

Promouvoir la santé de la population en agissant sur les déterminants sociaux et comportementaux de la santé.

Engagement, principaux engagements clés en matière de résultats (PER) et réalisations

Engagement

Promouvoir auprès des Canadiens et des Canadiennes une approche face à l'amélioration de la santé qui agisse sur les déterminants de la santé, afin d'encourager les comportements et les attitudes favorables à la santé et de prévenir les maladies et les blessures.



PER 2.1 **Sensibilisation du public et compréhension des facteurs qui déterminent la santé individuelle et collective et des mesures à prendre pour la préservation et l'amélioration de la santé**

Réalisations

- Publication de *Nutrition pour une grossesse en santé : Lignes directrices nationales à l'intention des femmes en âge de procréer*, qui utilise l'approche axée sur la santé de la population pour aborder les questions du bien-être nutritionnel de la mère, de l'issue de la grossesse et autres questions de santé connexes touchant les femmes en âge de procréer. Les lignes



directrices, qui sont destinées aux professionnels de la santé, sont sanctionnées par les Diététistes du Canada, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada et le Groupe FPT sur la nutrition. Pour de plus amples renseignements, voir : < <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/la-nutrition> >.



- Suite de la mise en œuvre, dans plus de 600 hôpitaux et centres de santé communautaires du Canada, du Programme d'aide postnatale aux parents, qui vise à aider les familles de nouveau-nés en les renseignant au cours de la période postnatale. < http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/enfance-jeunesse/guide/sante_perinatale/aide.htm >
- Publication de *Parce que la vie continue... Aider les enfants et les adolescents à vivre la séparation et le divorce* (3^e édition), en partenariat avec Justice Canada. Destiné aux familles aussi bien qu'aux professionnels de la santé, des services sociaux, de la justice et de l'éducation, cette édition révisée offre aux Canadiens une information plus à jour sur la médiation familiale et sur les liens entre la promotion de la santé mentale et la séparation ou le divorce, car les deux touchent la famille. < http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/sante-mentale/promotion_sante_mentale.htm >
- Publication du *Guide d'activité physique pour une vie active saine pour les aînés*, outil pratique pour aider les aînés à devenir plus actifs physiquement. Le guide a été préparé en partenariat avec la Société

canadienne de physiologie de l'exercice et la Coalition d'une vie active pour les aînés. On peut l'obtenir sur Internet à < <http://www.paguide.com/older-aines/francais/index.html> >, ou par téléphone à 1-888-334-9769.



Année internationale des personnes âgées (AIPA)

Le **Fonds pour la santé de la population** de Santé Canada a fourni le financement et l'expertise nécessaires pour 51 projets relatifs au vieillissement dans le cadre de l'AIPA. Ces projets s'attaquaient à un certain nombre de questions de santé touchant les personnes âgées, tout en s'appuyant sur les objectifs canadiens pour l'AIPA. Pour de plus amples renseignements, voir < <http://iyop-aipa.ic.gc.ca/> >.

- Lancement du rapport du Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) intitulé *1999 et après : Les défis d'une société canadienne vieillissante*. Ce document expose les principaux enjeux, défis et possibilités pour les décideurs publics et toutes les personnes qui s'intéressent aux questions soulevées par le vieillissement de la population. < <http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines> >



Secteur d'activité 2 : Promotion de la santé de la population

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1999-2000	Autorisations totales en 1999-2000	Dépenses réelles en 1999-2000
Dépenses nettes	215,1 \$	238,7 \$	238,7 \$*
Paiement législatif	-	855,3 \$	855,3 \$

* Cette somme représente 11,7 p. 100 des dépenses réelles du Ministère. Le paiement législatif de 855,3 millions de dollars pour l'hépatite C, ordonné par la cour, a été exclu afin de permettre la comparaison avec l'année précédente.

Site Web : < <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb> >

Objectif

Promouvoir la santé de la population en agissant sur les déterminants sociaux et comportementaux de la santé.

Engagement, principaux engagements clés en matière de résultats (PER) et réalisations

Engagement

Promouvoir auprès des Canadiens et des Canadiennes une approche face à l'amélioration de la santé qui agisse sur les déterminants de la santé, afin d'encourager les comportements et les attitudes favorables à la santé et de prévenir les maladies et les blessures.



PER 2.1 Sensibilisation du public et compréhension des facteurs qui déterminent la santé individuelle et collective et des mesures à prendre pour la préservation et l'amélioration de la santé

Réalisations

- Publication de *Nutrition pour une grossesse en santé : Lignes directrices nationales à l'intention des femmes en âge de procréer*, qui utilise l'approche axée sur la santé de la population pour aborder les questions du bien-être nutritionnel de la mère, de l'issue de la grossesse et autres questions de santé connexes touchant les femmes en âge de procréer. Les lignes



directrices, qui sont destinées aux professionnels de la santé, sont sanctionnées par les Diététistes du Canada, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada et le Groupe FPT sur la nutrition. Pour de plus amples renseignements, voir : < <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/la-nutrition> >.

- Suite de la mise en œuvre, dans plus de 600 hôpitaux et centres de santé communautaires du Canada, du Programme d'aide postnatale aux parents, qui vise à aider les familles de nouveau-nés en les renseignant au cours de la période postnatale. < http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/enfance-jeunesse/guide/sante_perinatale/aide.htm >
- Publication de *Parce que la vie continue... Aider les enfants et les adolescents à vivre la séparation et le divorce* (3^e édition), en partenariat avec Justice Canada. Destiné aux familles aussi bien qu'aux professionnels de la santé, des services sociaux, de la justice et de l'éducation, cette édition révisée offre aux Canadiens une information plus à jour sur la médiation familiale et sur les liens entre la promotion de la santé mentale et la séparation ou le divorce, car les deux touchent la famille. < http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/sante-mentale/promotion_sante_mentale.htm >
- Publication du *Guide d'activité physique pour une vie active saine pour les aînés*, outil pratique pour aider les aînés à devenir plus actifs physiquement. Le guide a été préparé en partenariat avec la Société

Année internationale des personnes âgées (AIPA)

Le **Fonds pour la santé de la population** de Santé Canada a fourni le financement et l'expertise nécessaires pour 51 projets relatifs au vieillissement dans le cadre de l'AIPA. Ces projets s'attaquaient à un certain nombre de questions de santé touchant les personnes âgées, tout en s'appuyant sur les objectifs canadiens pour l'AIPA. Pour de plus amples renseignements, voir < <http://iyop-aipa.ic.gc.ca/> >.

canadienne de physiologie de l'exercice et la Coalition d'une vie active pour les aînés. On peut l'obtenir sur Internet à < <http://www.paguide.com/older-aines/francais/index.html> >, ou par téléphone à 1-888-334-9769.

- Lancement du rapport du Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) intitulé *1999 et après : Les défis d'une société canadienne vieillissante*. Ce document expose les principaux enjeux, défis et possibilités pour les décideurs publics et toutes les personnes qui s'intéressent aux questions soulevées par le vieillissement de la population. < <http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines> >



- Par l'entremise du **Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C**, financement de plus de 40 initiatives communautaires, de 12 projets nationaux et de 18 projets de recherche. Ces projets ont aidé les personnes infectées ou touchées par le virus de l'hépatite C (VHC) ou à risque d'infection, ont contribué à renforcer la capacité nationale de lutte contre le VHC et ont généré de nouvelles connaissances sur ce virus et sur les moyens d'en prévenir la propagation.
- Élaboration d'une nouvelle Stratégie canadienne sur le diabète comprenant quatre grands éléments : système de surveillance épidémiologique, Initiative sur le diabète chez les Autochtones, prévention et promotion, et système national de coordination. Les principaux partenaires comprennent les gouvernements provinciaux et territoriaux, des organisations autochtones, des organisations non gouvernementales actives dans la prévention et le contrôle du diabète, le milieu de l'enseignement, des organisations professionnelles et des organismes du secteur privé.
- Amélioration de l'Initiative canadienne sur le cancer du sein, grâce à un financement renouvelé et à un effort concerté des administrations publiques de tous niveaux, d'associations professionnelles, d'organisations non gouvernementales, de chercheurs et de femmes atteintes. Le programme s'inscrit dans le prolongement de l'Initiative en cours, mais facilite l'accès et la participation à des programmes de détection et de dépistage précoces de qualité. Il propose aussi des approches centrées sur la cliente pour la détection et le dépistage précoces, en mettant l'accent, par exemple, sur les pratiques professionnelles après le dépistage, la prévention primaire et le renforcement du potentiel communautaire d'information et de soutien en matière de cancer du sein.
- Lancement de Prendre en main sa santé, initiative commune destinée à aider les professionnels à appuyer l'autonomie en matière de soins dans leur exercice et à sensibiliser les patients à cet égard. Le programme sollicite, choisit, finance et assure la surveillance des projets interdisciplinaires, qui peuvent se dérouler dans des milieux cliniques ou pédagogiques.
- Inauguration du Réseau canadien sur la santé (RCS), service Internet qui permet aux Canadiens et aux Canadiennes d'avoir accès à une information digne de confiance sur l'adoption de modes de vie plus sains, la prévention des maladies, l'autonomie en matière de soins et le rendement du système de santé.

< <http://www.canadian-health-network.ca/> >

- Publication du *Compte rendu des consultations menées pour un Cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique*, lequel offre une évaluation globale des questions touchant la santé sexuelle et génésique au Canada. Établi avec la participation des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et d'organisations non gouvernementales, le



Des ateliers éducatifs sur le Web ont été préparés pour les éducateurs sanitaires qui travaillent auprès des jeunes. À ce sujet, voir < <http://hc-sc.gc.ca/hppb/hss> >



Compte rendu se veut un échange national sur la santé sexuelle et génésique, et un point de départ pour l'établissement des politiques, la planification des programmes, les prises de décisions connexes et les mesures de collaboration dans l'avenir. On peut trouver ce rapport à l'adresse suivante : < <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/hss> >.

- Conception d'un programme de financement de la santé rurale, en collaboration avec les provinces et les territoires, dans le cadre d'Innovations dans le domaine de la santé rurale et communautaire. Les objectifs de ce programme de financement sont énoncés à l'adresse suivante : < <http://www.hc-sc.gc.ca/santerurale/> >.
- Négociation de nouvelles ententes de contribution pour le **Programme de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie (PTRAT)** entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux. Ces ententes assureront un meilleur accès à des programmes et à des services de traitement et de réadaptation efficaces. Les jeunes sont le premier groupe cible des services financés dans le cadre du PTRAT, bien que les besoins particuliers d'autres populations à risque soient également ciblés.
- Mobilisation de tous les partenaires de la **Stratégie canadienne sur le VIH/sida** en vue de l'établissement d'un cadre prioritaire et d'un modèle de planification du travail pour la stratégie. Une entente sur le modèle est la première condition d'une action nationale soutenue dans le domaine du VIH/sida.



PER 2.2 Réduction des inégalités en matière de santé pour certains groupes démographiques et amélioration de l'état de santé de la population

Réalisations

- Conclusion, pour 1999-2000, de l'exercice de renouvellement des projets du **Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE)** et du **Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP)**, lequel vise à faire en sorte que les projets communautaires, qui servent plus de 17 000 femmes enceintes vivant dans des conditions de risque, soient bien gérés, puissent faire l'objet d'une reddition des comptes sur le plan financier, respectent les principes directeurs du PACE et du PCNP, et continuent d'atteindre les objectifs fixés.

< <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/enfance-jeunesse/pc.htm> >

Il existe 110 projets du **Programme d'aide préscolaire aux Autochtones** qui viennent en aide à quelque 3 500 enfants autochtones et à leurs familles vivant dans les centres urbains et les communautés étendues du nord du Canada. Ce programme se caractérise notamment par le contrôle autochtone local et un important volet culturel et linguistique. Autres détails à :

< http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/enfance-jeunesse/guide/autochtones/aide_prescolaire.htm >



- Par l'entremise du **Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C**, financement de plus de 40 initiatives communautaires, de 12 projets nationaux et de 18 projets de recherche. Ces projets ont aidé les personnes infectées ou touchées par le virus de l'hépatite C (VHC) ou à risque d'infection, ont contribué à renforcer la capacité nationale de lutte contre le VHC et ont généré de nouvelles connaissances sur ce virus et sur les moyens d'en prévenir la propagation.
- Élaboration d'une nouvelle Stratégie canadienne sur le diabète comprenant quatre grands éléments : système de surveillance épidémiologique, Initiative sur le diabète chez les Autochtones, prévention et promotion, et système national de coordination. Les principaux partenaires comprennent les gouvernements provinciaux et territoriaux, des organisations autochtones, des organisations non gouvernementales actives dans la prévention et le contrôle du diabète, le milieu de l'enseignement, des organisations professionnelles et des organismes du secteur privé.
- Amélioration de l'Initiative canadienne sur le cancer du sein, grâce à un financement renouvelé et à un effort concerté des administrations publiques de tous niveaux, d'associations professionnelles, d'organisations non gouvernementales, de chercheurs et de femmes atteintes. Le programme s'inscrit dans le prolongement de l'Initiative en cours, mais facilite l'accès et la participation à des programmes de détection et de dépistage précoces de qualité. Il propose aussi des approches centrées sur la cliente pour la détection et le dépistage précoces, en mettant l'accent, par exemple, sur les pratiques professionnelles après le dépistage, la prévention primaire et le renforcement du potentiel communautaire d'information et de soutien en matière de cancer du sein.
- Lancement de Prendre en main sa santé, initiative commune destinée à aider les professionnels à appuyer l'autonomie en matière de soins dans leur exercice et à sensibiliser les patients à cet égard. Le programme sollicite, choisit, finance et assure la surveillance des projets interdisciplinaires, qui peuvent se dérouler dans des milieux cliniques ou pédagogiques.
- Inauguration du Réseau canadien sur la santé (RCS), service Internet qui permet aux Canadiens et aux Canadiennes d'avoir accès à une information digne de confiance sur l'adoption de modes de vie plus sains, la prévention des maladies, l'autonomie en matière de soins et le rendement du système de santé.
< <http://www.canadian-health-network.ca/> >
- Publication du *Compte rendu des consultations menées pour un Cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique*, lequel offre une évaluation globale des questions touchant la santé sexuelle et génésique au Canada. Établi avec la participation des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et d'organisations non gouvernementales, le



Des ateliers éducatifs sur le Web ont été préparés pour les éducateurs sanitaires qui travaillent auprès des jeunes. À ce sujet, voir < <http://hc-sc.gc.ca/hppb/hss> >



Compte rendu se veut un échange national sur la santé sexuelle et génésique, et un point de départ pour l'établissement des politiques, la planification des programmes, les prises de décisions connexes et les mesures de collaboration dans l'avenir. On peut trouver ce rapport à l'adresse suivante : < <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/hss> >.

- Conception d'un programme de financement de la santé rurale, en collaboration avec les provinces et les territoires, dans le cadre d'Innovations dans le domaine de la santé rurale et communautaire. Les objectifs de ce programme de financement sont énoncés à l'adresse suivante : < <http://www.hc-sc.gc.ca/santerurale/> >.
- Négociation de nouvelles ententes de contribution pour le **Programme de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie (PTRAT)** entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux. Ces ententes assureront un meilleur accès à des programmes et à des services de traitement et de réadaptation efficaces. Les jeunes sont le premier groupe cible des services financés dans le cadre du PTRAT, bien que les besoins particuliers d'autres populations à risque soient également ciblés.
- Mobilisation de tous les partenaires de la **Stratégie canadienne sur le VIH/sida** en vue de l'établissement d'un cadre prioritaire et d'un modèle de planification du travail pour la stratégie. Une entente sur le modèle est la première condition d'une action nationale soutenue dans le domaine du VIH/sida.



PER 2.2 Réduction des inégalités en matière de santé pour certains groupes démographiques et amélioration de l'état de santé de la population

Réalisations

- Conclusion, pour 1999-2000, de l'exercice de renouvellement des projets du **Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE)** et du **Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP)**, lequel vise à faire en sorte que les projets communautaires, qui servent plus de 17 000 femmes enceintes vivant dans des conditions de risque, soient bien gérés, puissent faire l'objet d'une reddition des comptes sur le plan financier, respectent les principes directeurs du PACE et du PCNP, et continuent d'atteindre les objectifs fixés.

Il existe 110 projets du **Programme d'aide préscolaire aux Autochtones** qui viennent en aide à quelque 3 500 enfants autochtones et à leurs familles vivant dans les centres urbains et les communautés étendues du nord du Canada. Ce programme se caractérise notamment par le contrôle autochtone local et un important volet culturel et linguistique. Autres détails à :

< http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/enfance-jeunesse/guide/autochtones/aide_prescolaire.htm >

< <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/enfance-jeunesse/pc.htm> >



- Poursuite des travaux visant à créer jusqu'à cinq centres d'excellence pour le bien-être des enfants. Ces centres feront avancer les connaissances, diffuseront de l'information, et influenceront les décisions au sujet des politiques et des programmes futurs pour répondre aux besoins en matière de santé des enfants. < <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/enfance-jeunesse/centres/index.html> >
- Élaboration et mise en œuvre du *Rapport sur la victimisation*, de l'*Enquête sociale générale* de 1999, en partenariat avec Statistique Canada et d'autres ministères fédéraux. L'information sera utilisée pour élaborer des politiques et des programmes de prévention de la violence familiale.
- Dans le cadre de la **Stratégie canadienne sur le VIH/sida**, accueil de Dialogue sur le VIH/sida : Dilemmes politiques des gouvernements – premier dialogue international sur les politiques touchant le VIH/sida. Le programme de la conférence était centré sur les populations à risque.
- De concert avec la collectivité autochtone, organisation et participation à la planification du Sommet autochtone sur le VIH/sida, qui a réuni des intervenants clés des communautés et organisations autochtones de partout au Canada, ainsi que des représentants des pouvoirs publics. Le Sommet a donné lieu à une entente définissant un processus à mettre en place pour mieux coordonner les activités des Autochtones en matière de VIH/sida dans le cadre de la **Stratégie canadienne sur le VIH/sida**.

Le Programme Dodo sur le dos, de Santé Canada, s'est associé à la Fondation canadienne pour l'étude de la mortalité infantile, à la Société canadienne de pédiatrie, à l'Institut canadien de la santé infantile, et à Proctor & Gamble pour renseigner les parents, les aidants naturels et les professionnels de la santé sur les facteurs de risque pour la mort subite du nourrisson.

Le Centre national d'information sur la violence dans la famille favorise la prévention de la violence familiale et appuie le gouvernement fédéral en aidant les Canadiens et les Canadiennes à réduire la fréquence de la violence dans leur milieu.

< <http://www.hc-sc.gc.ca/nc-cn> >



PER 2.3 Évaluation et prise en considération par les secteurs privé, public et bénévole des conséquences des politiques, des pratiques, des programmes et des services nouveaux et existants pour la santé

Réalisations

- Soutien aux organismes bénévoles nationaux de la santé pour la formation, le perfectionnement ou la détermination des orientations, afin de renforcer la capacité du secteur d'offrir de meilleurs programmes et services aux Canadiens et aux Canadiennes.
- Établissement de l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) et de son premier conseil d'administration, en partenariat avec Statistique Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et un réseau pancanadien de



chercheurs en santé des populations. L'ISPC assure un leadership au Canada en réunissant des chercheurs et des décideurs du pays pour définir les priorités de la recherche portant sur les grands facteurs qui influent sur la santé. < <http://www.cih.ca/french/froadmap/fCPHI/startf.htm> >



PER 2.4 Réduction de la maladie et des décès causés par le tabagisme

Réalisations

- Lancement de deux nouvelles campagnes de publicité visant à éduquer le public sur les constituants toxiques de la fumée du tabac et sur les risques de dépendance à l'égard des produits du tabac :
< <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/tabac> >
- Création du Comité consultatif des jeunes (CCJ) sur le tabagisme, qui offre des conseils sur les questions et les activités touchant le tabac et les jeunes Canadiens. Le CCJ est composé de 17 membres (de 13 à 19 ans), en provenance de toutes les régions du Canada, qui reflètent la diversité de la société canadienne. Autres renseignements sur le CCJ à
< <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/tobacco/yac/ccj/index.html> >.
- Publication des *documents Guildford* qui mettent en relief des stratégies de marketing et de promotion utilisées par les fabricants de tabac et qui permettent de mieux comprendre ce que l'industrie du tabac savait des conséquences des cigarettes pour la santé et de leur nature toxicomanogène.
- Annonce de propositions de changement aux mises en garde figurant sur les produits du tabac. Le projet de règlement sur l'étiquetage exige que des informations soient fournies sur le renoncement au tabac, les maladies attribuables au tabagisme et les toxines présentes dans les produits du tabac, et que les effets du tabac sur le corps humain soient représentés graphiquement.

Programmes de subventions et de contributions de plus de 5 millions de dollars :

(indiqués en gras dans le texte)

Subventions :

Fonds pour la santé de la population

Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C

Stratégie canadienne sur le VIH/sida

Contributions :

Fonds pour la santé de la population

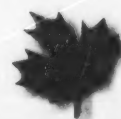
Programme canadien de nutrition prénatale

Programme d'action communautaire pour les enfants

Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C

Programme de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie

Stratégie canadienne sur le VIH/sida



- Poursuite des travaux visant à créer jusqu'à cinq centres d'excellence pour le bien-être des enfants. Ces centres feront avancer les connaissances, diffuseront de l'information, et influenceront les décisions au sujet des politiques et des programmes futurs pour répondre aux besoins en matière de santé des enfants. < <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/enfance-jeunesse/centres/index.html> >
- Élaboration et mise en œuvre du *Rapport sur la victimisation*, de l'*Enquête sociale générale* de 1999, en partenariat avec Statistique Canada et d'autres ministères fédéraux. L'information sera utilisée pour élaborer des politiques et des programmes de prévention de la violence familiale.
- Dans le cadre de la **Stratégie canadienne sur le VIH/sida**, accueil de Dialogue sur le VIH/sida : Dilemmes politiques des gouvernements – premier dialogue international sur les politiques touchant le VIH/sida. Le programme de la conférence était centré sur les populations à risque.
- De concert avec la collectivité autochtone, organisation et participation à la planification du Sommet autochtone sur le VIH/sida, qui a réuni des intervenants clés des communautés et organisations autochtones de partout au Canada, ainsi que des représentants des pouvoirs publics. Le Sommet a donné lieu à une entente définissant un processus à mettre en place pour mieux coordonner les activités des Autochtones en matière de VIH/sida dans le cadre de la **Stratégie canadienne sur le VIH/sida**.

Le Programme Dodo sur le dos, de Santé Canada, s'est associé à la Fondation canadienne pour l'étude de la mortalité infantile, à la Société canadienne de pédiatrie, à l'Institut canadien de la santé infantile, et à Proctor & Gamble pour renseigner les parents, les aidants naturels et les professionnels de la santé sur les facteurs de risque pour la mort subite du nourrisson.

Le Centre national d'information sur la violence dans la famille favorise la prévention de la violence familiale et appuie le gouvernement fédéral en aidant les Canadiens et les Canadiennes à réduire la fréquence de la violence dans leur milieu.

< <http://www.hc-sc.gc.ca/nc-cn> >



PER 2.3 Évaluation et prise en considération par les secteurs privé, public et bénévole des conséquences des politiques, des pratiques, des programmes et des services nouveaux et existants pour la santé

Réalisations

- Soutien aux organismes bénévoles nationaux de la santé pour la formation, le perfectionnement ou la détermination des orientations, afin de renforcer la capacité du secteur d'offrir de meilleurs programmes et services aux Canadiens et aux Canadiennes.
- Établissement de l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) et de son premier conseil d'administration, en partenariat avec Statistique Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et un réseau pancanadien de



chercheurs en santé des populations. L'ISPC assure un leadership au Canada en réunissant des chercheurs et des décideurs du pays pour définir les priorités de la recherche portant sur les grands facteurs qui influent sur la santé. < <http://www.cihi.ca/french/froadmap/fCPHI/startf.htm> >



PER 2.4 Réduction de la maladie et des décès causés par le tabagisme

Réalisations

- Lancement de deux nouvelles campagnes de publicité visant à éduquer le public sur les constituants toxiques de la fumée du tabac et sur les risques de dépendance à l'égard des produits du tabac :
< <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/tabac> >
- Création du Comité consultatif des jeunes (CCJ) sur le tabagisme, qui offre des conseils sur les questions et les activités touchant le tabac et les jeunes Canadiens. Le CCJ est composé de 17 membres (de 13 à 19 ans), en provenance de toutes les régions du Canada, qui reflètent la diversité de la société canadienne. Autres renseignements sur le CCJ à
< <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/tobacco/yac/ccj/index.html> >.
- Publication des *documents Guildford* qui mettent en relief des stratégies de marketing et de promotion utilisées par les fabricants de tabac et qui permettent de mieux comprendre ce que l'industrie du tabac savait des conséquences des cigarettes pour la santé et de leur nature toxicomanogène.
- Annonce de propositions de changement aux mises en garde figurant sur les produits du tabac. Le projet de règlement sur l'étiquetage exige que des informations soient fournies sur le renoncement au tabac, les maladies attribuables au tabagisme et les toxines présentes dans les produits du tabac, et que les effets du tabac sur le corps humain soient représentés graphiquement.

Programmes de subventions et de contributions de plus de 5 millions de dollars : (indiqués en gras dans le texte)

Subventions :

Fonds pour la santé de la population

Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C

Stratégie canadienne sur le VIH/sida

Contributions :

Fonds pour la santé de la population

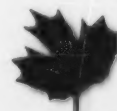
Programme canadien de nutrition prénatale

Programme d'action communautaire pour les enfants

Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C

Programme de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie

Stratégie canadienne sur le VIH/sida



Secteur d'activité 3 : Santé des Autochtones

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1999-2000	Autorisations totales en 1999-2000	Dépenses réelles en 1999-2000
Dépenses brutes	1 158,5 \$	1 157,4 \$	1 155,1 \$
Recettes attendues	(9,1 \$)	(9,1 \$)	(8,8 \$)
Dépenses nettes	1 149,4 \$	1 148,3 \$	1 148,3 \$*

* Cette somme représente 56,3 p.100 des dépenses réelles du Ministère. Ce pourcentage est fondé sur les dépenses ministérielles totales, à l'exclusion du paiement forfaitaire de 855,3 millions de dollars pour l'hépatite C, ordonné par la cour, dans le secteur d'activité Promotion de la santé de la population. Ce montant a été exclu afin de permettre la comparaison avec l'année précédente.

Site Web : < http://www.hc-sc.gc.ca/msb/msb_f.htm >

Objectif

Aider les Autochtones et leurs communautés à s'attaquer aux inégalités en matière de santé et aux menaces de maladie et à atteindre un niveau de santé comparable à celui du reste de la population canadienne, et garantir la disponibilité et l'accessibilité des services de santé pour les membres inscrits des Premières nations et les Inuits.

Engagement, principaux engagements en matière de résultats (PER) et réalisations

Engagement

Fournir aux Premières nations et aux Inuits des services et des programmes de santé durables qui réduisent les inégalités en matière de santé et les menaces de maladie, afin que ces populations puissent parvenir à un état de santé comparable à celui des autres Canadiens, dans le contexte de l'autonomie et du contrôle des Premières nations et des Inuits.



Les services du secteur d'activité Santé des Autochtones sont destinés aux Premières nations des réserves et aux Inuits. Le secteur travaille en étroite collaboration avec l'Assemblée des Premières nations et l'Inuit Tapirisat du Canada. Les autres partenaires nationaux sont notamment le Conseil national des Métis, le Congrès des Peuples autochtones et l'Association des femmes autochtones du Canada. D'autres intervenants se situent aux niveaux provincial et communautaire, comme les Premières nations et les populations inuites elles-mêmes.



PER 3.1 Amélioration de la santé des Premières nations et des Inuits et réduction des inégalités en matière de santé par rapport aux autres Canadiens

PER 3.2 Une population de Premières nations et d'Inuits informée et consciente des facteurs qui influent sur la santé et des mesures qui peuvent être prises pour améliorer la santé

Santé Canada offre des programmes communautaires de prévention des maladies et de promotion de la santé dans les réserves.

Réalisations

- Distribution aux communautés des Premières nations et des Inuits d'une *Trousse de planification* qui a aidé 400 communautés à appliquer le processus de planification du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire. Les projets pilotes du programme ont été évalués, et le programme, son cadre de responsabilité et les formules de financement ont été élaborés et mis en œuvre.
- Approbation de 203 projets dans le cadre du **Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves**; préparation d'un cadre national d'évaluation; production d'un *rapport annuel national*; tenue d'un atelier national de formation axé sur les pratiques exemplaires dans les programmes d'aide préscolaire aux Autochtones. Au niveau national, environ 6 500 enfants des réserves ont bénéficié de services d'aide préscolaire.
- Élaboration d'un plan directeur en matière de diabète chez les Autochtones, de concert avec les communautés; ce plan a mené à l'établissement d'un groupe de travail d'experts autochtones. Douze programmes de prévention du diabète chez les Premières nations ont été financés pour un an.
- L'Institut de la santé des Autochtones a été constitué en société sous le nom d'*Organization for the Advancement of Aboriginal Peoples' Health* et a bénéficié d'un financement pour une période de cinq ans. L'Institut assurera une meilleure analyse et une meilleure diffusion de l'information et de la recherche sur la santé des Autochtones, et renforcera le partenariat, la capacité et le soutien à cet égard.



Secteur d'activité 3 : Santé des Autochtones

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1999-2000	Autorisations totales en 1999-2000	Dépenses réelles en 1999-2000
Dépenses brutes	1 158,5 \$	1 157,4 \$	1 155,1 \$
Recettes attendues	(9,1 \$)	(9,1 \$)	(8,8 \$)
Dépenses nettes	1 149,4 \$	1 148,3 \$	1 148,3 \$*

* Cette somme représente 56,3 p.100 des dépenses réelles du Ministère. Ce pourcentage est fondé sur les dépenses ministérielles totales, à l'exclusion du paiement forfaitaire de 855,3 millions de dollars pour l'hépatite C, ordonné par la cour, dans le secteur d'activité Promotion de la santé de la population. Ce montant a été exclu afin de permettre la comparaison avec l'année précédente.

Site Web : < http://www.hc-sc.gc.ca/msb/msb_f.htm >

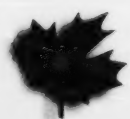
Objectif

Aider les Autochtones et leurs communautés à s'attaquer aux inégalités en matière de santé et aux menaces de maladie et à atteindre un niveau de santé comparable à celui du reste de la population canadienne, et garantir la disponibilité et l'accessibilité des services de santé pour les membres inscrits des Premières nations et les Inuits.

Engagement, principaux engagements en matière de résultats (PER) et réalisations

Engagement

Fournir aux Premières nations et aux Inuits des services et des programmes de santé durables qui réduisent les inégalités en matière de santé et les menaces de maladie, afin que ces populations puissent parvenir à un état de santé comparable à celui des autres Canadiens, dans le contexte de l'autonomie et du contrôle des Premières nations et des Inuits.



Les services du secteur d'activité Santé des Autochtones sont destinés aux Premières nations des réserves et aux Inuits. Le secteur travaille en étroite collaboration avec l'Assemblée des Premières nations et l'Inuit Tapirisat du Canada. Les autres partenaires nationaux sont notamment le Conseil national des Métis, le Congrès des Peuples autochtones et l'Association des femmes autochtones du Canada. D'autres intervenants se situent aux niveaux provincial et communautaire, comme les Premières nations et les populations inuites elles-mêmes.



PER 3.1 Amélioration de la santé des Premières nations et des Inuits et réduction des inégalités en matière de santé par rapport aux autres Canadiens

PER 3.2 Une population de Premières nations et d'Inuits informée et consciente des facteurs qui influent sur la santé et des mesures qui peuvent être prises pour améliorer la santé

Santé Canada offre des programmes communautaires de prévention des maladies et de promotion de la santé dans les réserves.

Réalisations

- Distribution aux communautés des Premières nations et des Inuits d'une *Trousse de planification* qui a aidé 400 communautés à appliquer le processus de planification du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire. Les projets pilotes du programme ont été évalués, et le programme, son cadre de responsabilité et les formules de financement ont été élaborés et mis en œuvre.
- Approbation de 203 projets dans le cadre du **Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves**; préparation d'un cadre national d'évaluation; production d'un *rapport annuel national*; tenue d'un atelier national de formation axé sur les pratiques exemplaires dans les programmes d'aide préscolaire aux Autochtones. Au niveau national, environ 6 500 enfants des réserves ont bénéficié de services d'aide préscolaire.
- Élaboration d'un plan directeur en matière de diabète chez les Autochtones, de concert avec les communautés; ce plan a mené à l'établissement d'un groupe de travail d'experts autochtones. Douze programmes de prévention du diabète chez les Premières nations ont été financés pour un an.
- L'Institut de la santé des Autochtones a été constitué en société sous le nom d'*Organization for the Advancement of Aboriginal Peoples' Health* et a bénéficié d'un financement pour une période de cinq ans. L'Institut assurera une meilleure analyse et une meilleure diffusion de l'information et de la recherche sur la santé des Autochtones, et renforcera le partenariat, la capacité et le soutien à cet égard.



- Réalisation d'une analyse de la conjoncture afin d'examiner les programmes de **santé mentale** en place, et établissement d'un plan directeur prévoyant des moyens de s'attaquer aux problèmes de santé mentale au sein des communautés des Premières nations et des Inuits et d'élaborer des solutions et des politiques pratiques.
- Établissement d'un comité directeur national du Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP); création d'un volet sur le syndrome d'alcoolisme fœtal et les effets de l'alcool sur le nouveau-né, qui guidera l'évolution du programme de manière à ce qu'il réponde aux besoins du milieu. Par ailleurs, finalisation du plan directeur du programme, et financement de plus de 400 projets. Les communautés amorcent maintenant le processus de planification de l'élargissement du programme.
- Création d'un groupe de travail des Premières nations, des Inuits et de Santé Canada afin de décider des indicateurs de santé à recueillir et de définir les méthodes de collecte de données et le plan directeur pour la collecte annuelle de ces données relatives à la santé.



PER 3.3 Services de santé efficaces, disponibles et accessibles pour les Premières nations et les Inuits

L'établissement de partenariats est, depuis un certain temps, un thème majeur de la collaboration entre l'Assemblée des Premières nations et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada. Il existe de nombreuses ententes de partenariat aux niveaux national et régional entre les deux organisations, et c'est à partir de ces ententes que sera établi un système de santé renouvelé pour les Premières nations et les Inuits. Le processus de renouvellement déterminera en retour les mécanismes qui régiront les relations futures.

Réalisations

- Dans le cadre du **Programme des services de santé non assurés (SSNA)**, prestation à plus de 650 000 clients membres des Premières nations ou Inuits, sans égard au lieu de résidence au Canada, d'une gamme de biens et de services médicalement nécessaires, complétant les prestations offertes par les autres régimes privés, fédéraux ou provinciaux. Les prestations consistent en médicaments, soins dentaires, soins des yeux, fournitures médicales et aide psychologique en cas de crise.
- Mise en œuvre d'un programme amélioré de vérification des fournisseurs, ainsi que d'outils permettant d'établir le profil des fournisseurs, afin de faciliter la mise en évidence des tendances inhabituelles en matière de facturation. Ces efforts permettront de prévenir la facturation non justifiée et de faire en sorte que les services et les articles reçus par les bénéficiaires du programme soient payés comme il se doit.



- Raccordement au système de paiement au point de service de la quasi-totalité des pharmacies qui facturent leurs produits au **Programme des services de santé non assurés**. Ce système affiche en ligne des messages sur l'utilisation des médicaments pour favoriser une pharmacothérapie optimale.

Les taux de carie dentaire sont plus élevés chez les enfants des Premières nations et les enfants inuits que chez les enfants non autochtones. Le programme de santé bucco-dentaire offert dans le cadre des **SSNA** comprend le traitement, mais encourage également une approche centrée sur des méthodes de prévention comme l'enseignement des pratiques d'hygiène bucco-dentaire, une alimentation saine, un mode de vie sain et la fluoruration de l'eau publique en vue d'éviter les maladies dentaires avancées et les maux qui y sont associés.



- Mise en service du Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits, l'une des initiatives de l'Infostructure canadienne sur la santé (voir page 80), dans 114 établissements de santé pour un total global de 260 aux Premières nations. Le système fournit aux communautés les outils et la formation nécessaires pour utiliser efficacement les données sur la santé, d'une manière uniforme et opportune. Un projet pilote d'intégration des données a été lancé en collaboration avec la Colombie-Britannique afin de permettre aux professionnels de la santé de voir les profils d'immunisation des clients.
- Par l'intermédiaire du Fonds pour l'adaptation des services de santé, financement de cinq projets de télésanté, mis en œuvre par la suite, et initiation de travailleurs de la santé communautaires à l'utilisation de la télésanté. Des documents d'appoint ont été préparés pour aider les communautés qui souhaitent lancer des initiatives de télésanté.
- Établissement d'un cadre de responsabilisation pour assurer une plus grande transparence; le cadre structurera les exigences en matière de rapports, ce qui permettra une meilleure planification et une meilleure évaluation de la santé communautaire.



PER 3.4 Gestion et responsabilité accrues des services de soins de santé et des services de santé non assurés par les Premières nations et les Inuits

Santé Canada prend des mesures pour faciliter la prise en charge des services de santé par les Premières nations et les Inuits.



- Réalisation d'une analyse de la conjoncture afin d'examiner les programmes de **santé mentale** en place, et établissement d'un plan directeur prévoyant des moyens de s'attaquer aux problèmes de santé mentale au sein des communautés des Premières nations et des Inuits et d'élaborer des solutions et des politiques pratiques.
- Établissement d'un comité directeur national du Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP); création d'un volet sur le syndrome d'alcoolisme fœtal et les effets de l'alcool sur le nouveau-né, qui guidera l'évolution du programme de manière à ce qu'il réponde aux besoins du milieu. Par ailleurs, finalisation du plan directeur du programme, et financement de plus de 400 projets. Les communautés amorcent maintenant le processus de planification de l'élargissement du programme.
- Création d'un groupe de travail des Premières nations, des Inuits et de Santé Canada afin de décider des indicateurs de santé à recueillir et de définir les méthodes de collecte de données et le plan directeur pour la collecte annuelle de ces données relatives à la santé.



PER 3.3 Services de santé efficaces, disponibles et accessibles pour les Premières nations et les Inuits

L'établissement de partenariats est, depuis un certain temps, un thème majeur de la collaboration entre l'Assemblée des Premières nations et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada. Il existe de nombreuses ententes de partenariat aux niveaux national et régional entre les deux organisations, et c'est à partir de ces ententes que sera établi un système de santé renouvelé pour les Premières nations et les Inuits. Le processus de renouvellement déterminera en retour les mécanismes qui régiront les relations futures.

Réalisations

- Dans le cadre du **Programme des services de santé non assurés (SSNA)**, prestation à plus de 650 000 clients membres des Premières nations ou Inuits, sans égard au lieu de résidence au Canada, d'une gamme de biens et de services médicalement nécessaires, complétant les prestations offertes par les autres régimes privés, fédéraux ou provinciaux. Les prestations consistent en médicaments, soins dentaires, soins des yeux, fournitures médicales et aide psychologique en cas de crise.
- Mise en œuvre d'un programme amélioré de vérification des fournisseurs, ainsi que d'outils permettant d'établir le profil des fournisseurs, afin de faciliter la mise en évidence des tendances inhabituelles en matière de facturation. Ces efforts permettront de prévenir la facturation non justifiée et de faire en sorte que les services et les articles reçus par les bénéficiaires du programme soient payés comme il se doit.



- Raccordement au système de paiement au point de service de la quasi-totalité des pharmacies qui facturent leurs produits au **Programme des services de santé non assurés**. Ce système affiche en ligne des messages sur l'utilisation des médicaments pour favoriser une pharmacothérapie optimale.

Les taux de carie dentaire sont plus élevés chez les enfants des Premières nations et les enfants inuits que chez les enfants non autochtones. Le programme de santé bucco-dentaire offert dans le cadre des **SSNA** comprend le traitement, mais encourage également une approche centrée sur des méthodes de prévention comme l'enseignement des pratiques d'hygiène bucco-dentaire, une alimentation saine, un mode de vie sain et la fluoruration de l'eau publique en vue d'éviter les maladies dentaires avancées et les maux qui y sont associés.



- Mise en service du Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits, l'une des initiatives de l'Infostructure canadienne sur la santé (voir page 80), dans 114 établissements de santé pour un total global de 260 aux Premières nations. Le système fournit aux communautés les outils et la formation nécessaires pour utiliser efficacement les données sur la santé, d'une manière uniforme et opportune. Un projet pilote d'intégration des données a été lancé en collaboration avec la Colombie-Britannique afin de permettre aux professionnels de la santé de voir les profils d'immunisation des clients.
- Par l'intermédiaire du Fonds pour l'adaptation des services de santé, financement de cinq projets de télésanté, mis en œuvre par la suite, et initiation de travailleurs de la santé communautaires à l'utilisation de la télésanté. Des documents d'appoint ont été préparés pour aider les communautés qui souhaitent lancer des initiatives de télésanté.
- Établissement d'un cadre de responsabilisation pour assurer une plus grande transparence; le cadre structurera les exigences en matière de rapports, ce qui permettra une meilleure planification et une meilleure évaluation de la santé communautaire.



PER 3.4 Gestion et responsabilité accrues des services de soins de santé et des services de santé non assurés par les Premières nations et les Inuits

Santé Canada prend des mesures pour faciliter la prise en charge des services de santé par les Premières nations et les Inuits.



Réalisations

- Établissement d'un comité directeur mixte national, en partenariat avec des groupes des Premières nations et des Inuits, afin de surveiller la mise au point du cadre stratégique pour le transfert des **SSNA** et l'évaluation des six **projets pilotes sur les SSNA**.
- Signature d'ententes de financement entre le Canada et sept bandes des Premières nations. Ce mécanisme de financement multiministériel réduira le nombre d'ententes nécessaires et sera moins lourd à administrer pour les bandes.
- Signature de 248 ententes de **transfert** ou ententes **intégrées** avec 403 des 614 communautés des Premières nations et des Inuits. En outre, signature de 10 ententes d'autonomie gouvernementale finales portant sur les ressources relatives aux services de santé et autres ressources connexes. Au total, 81 p.100 des communautés des Premières nations ont amorcé le processus de **transfert**. Pour de plus amples renseignements, voir : < http://www.hc-sc.gc.ca/msb/pptsp/hfa_f.htm >.
- Introduction de processus et d'outils améliorés afin de faciliter la reddition des comptes avec les communautés des Premières nations et des Inuits auxquelles les services de santé ont été **transférés**. Au niveau national, 86 p. 100 des rapports de vérification, 70 p. 100 des rapports annuels et 58 p. 100 des rapports d'évaluation attendus de ces communautés ont été reçus.
- Poursuite des travaux en vue de transférer le contrôle des hôpitaux ministériels restants aux Premières nations et aux Inuits.
- Soutien continu au Nunavut pour la mise en œuvre et la gestion des programmes et des services de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

Programmes de contributions de plus de 5 millions de dollars :

(indiqué en gras dans le texte)

Abus des solvants

Établissements de soins de santé non ministériels

Grandir ensemble

Programme d'aide préscolaire aux Autochtones

Programme national de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies chez les Autochtones

Santé mentale

Services de santé communautaire

Services de santé communautaire intégrés

Services de santé non assurés

Services de santé non assurés - projets pilotes

Soins infirmiers à domicile

Transfert des programmes de santé



Secteur d'activité 4 : Soutien et renouvellement du système de santé

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1999-2000	Autorisations totales en 1999-2000	Dépenses réelles en 1999-2000
Dépenses nettes	82,5 \$	49,1 \$	49,1 \$*

* Cette somme représente 2,4 p. 100 des dépenses réelles du Ministère. Ce pourcentage est fondé sur les dépenses ministérielles totales, à l'exclusion du paiement forfaitaire de 855,3 millions de dollars pour l'hépatite C, ordonné par la cour, dans le secteur d'activité Promotion de la santé de la population. Ce montant a été exclu afin de permettre la comparaison avec l'année précédente.

Site Web : < <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/apropos.htm> >

Objectif

Assurer la durabilité à long terme d'un système de santé possédant un important caractère national.

Engagement, principaux engagements en matière de résultats (PER), stratégies et réalisations

Engagement

Assurer aux Canadiens et aux Canadiennes un leadership qui contribue à la durabilité à long terme d'un système de santé possédant un important caractère national.



Secteur d'activité 4 : Soutien et renouvellement du système de santé

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1999-2000	Autorisations totales en 1999-2000	Dépenses réelles en 1999-2000
Dépenses nettes	82,5 \$	49,1 \$	49,1 \$*

* Cette somme représente 2,4 p. 100 des dépenses réelles du Ministère. Ce pourcentage est fondé sur les dépenses ministérielles totales, à l'exclusion du paiement forfaitaire de 855,3 millions de dollars pour l'hépatite C, ordonné par la cour, dans le secteur d'activité Promotion de la santé de la population. Ce montant a été exclu afin de permettre la comparaison avec l'année précédente.

Site Web : < <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/apropos.htm> >

Objectif

Assurer la durabilité à long terme d'un système de santé possédant un important caractère national.

Engagement, principaux engagements en matière de résultats (PER), stratégies et réalisations

Engagement

Assurer aux Canadiens et aux Canadiennes un leadership qui contribue à la durabilité à long terme d'un système de santé possédant un important caractère national.





- PER 4.1** Des services hospitaliers et médicaux financés par l'État qui sont conformes aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*
- PER 4.2** Un système de santé intégré offrant des services de santé efficaces
- PER 4.3** Des initiatives nationales et internationales innovatrices qui renforcent le système de santé
- PER 4.4** Une meilleure compréhension des questions fondamentales se rapportant aux soins de santé, et de meilleurs outils et mécanismes pour améliorer l'accès à une gamme de services équitables et de haute qualité
- PER 4.5** Des partenariats renforcés entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les principaux intéressés, les Canadiens et Canadiennes, et des partenaires internationaux

Stratégie 1

Renforcer les services de soins de santé au Canada de manière à s'attaquer immédiatement aux problèmes actuels du système de soins de santé et, à plus long terme, à assurer une gamme complète de services de haute qualité, intégrés et axés sur le patient.

Réalisations

- Coprésidence des conférences fédérales-provinciales-territoriales (FPT) des ministres de la Santé et des sous-ministres de la Santé. Les gouvernements FPT ont uni leurs efforts pour que les Canadiens et Canadiennes continuent d'avoir accès à des services de santé de haute qualité dans le cadre du système de santé à financement public du Canada. En septembre 1999, les ministres FPT de la Santé ont constaté des progrès tangibles sur plusieurs fronts, dont les suivants : maintien d'un système de soins de santé financièrement viable; collaboration pour la planification des ressources humaines; travail concerté sur des approches axées sur la santé des populations; adoption et utilisation efficace de technologies de l'information.
- Financement de 141 projets par l'entremise du **Fonds pour l'adaptation des services de santé** afin de mettre à l'essai des façons d'améliorer les soins de santé dans quatre secteurs prioritaires : soins à domicile, assurance-médicaments, soins primaires et prestation de services intégrée. Les résultats de ces projets aideront à éclairer les politiques et les décisions futures en matière de services pour améliorer la qualité et l'accessibilité des soins de santé.





- PER 4.1** Des services hospitaliers et médicaux financés par l'État qui sont conformes aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*
- PER 4.2** Un système de santé intégré offrant des services de santé efficaces
- PER 4.3** Des initiatives nationales et internationales innovatrices qui renforcent le système de santé
- PER 4.4** Une meilleure compréhension des questions fondamentales se rapportant aux soins de santé, et de meilleurs outils et mécanismes pour améliorer l'accès à une gamme de services équitables et de haute qualité
- PER 4.5** Des partenariats renforcés entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les principaux intéressés, les Canadiens et Canadiennes, et des partenaires internationaux

Stratégie 1

Renforcer les services de soins de santé au Canada de manière à s'attaquer immédiatement aux problèmes actuels du système de soins de santé et, à plus long terme, à assurer une gamme complète de services de haute qualité, intégrés et axés sur le patient.

Réalisations

- Coprésidence des conférences fédérales-provinciales-territoriales (FPT) des ministres de la Santé et des sous-ministres de la Santé. Les gouvernements FPT ont uni leurs efforts pour que les Canadiens et Canadiennes continuent d'avoir accès à des services de santé de haute qualité dans le cadre du système de santé à financement public du Canada. En septembre 1999, les ministres FPT de la Santé ont constaté des progrès tangibles sur plusieurs fronts, dont les suivants : maintien d'un système de soins de santé financièrement viable; collaboration pour la planification des ressources humaines; travail concerté sur des approches axées sur la santé des populations; adoption et utilisation efficace de technologies de l'information.
- Financement de 141 projets par l'entremise du **Fonds pour l'adaptation des services de santé** afin de mettre à l'essai des façons d'améliorer les soins de santé dans quatre secteurs prioritaires : soins à domicile, assurance-médicaments, soins primaires et prestation de services intégrée. Les résultats de ces projets aideront à éclairer les politiques et les décisions futures en matière de services pour améliorer la qualité et l'accessibilité des soins de santé.



- Établissement, avec des partenaires, d'un réseau interdisciplinaire de professionnels des soins de santé et d'utilisateurs des services pour favoriser l'intégration de la notion d'autonomie en matière de soins dans la formation et l'exercice professionnel des travailleurs de la santé, en particulier des médecins et des infirmières.
- Les Centres d'excellence pour la santé des femmes ont étudié les données de recherche canadiennes sur la privatisation des soins de santé, mais ont recueilli très peu d'éléments concernant les répercussions sur les femmes et sur les hommes. Selon les premières conclusions, la privatisation des soins de santé serait plus préjudiciable aux femmes (comme travailleuses, aidantes naturelles et patientes). Ces travaux ont été portés à l'attention des ministres provinciaux de la Santé et des responsables fédéraux.

Stratégie 2

Améliorer les connaissances, les pratiques et l'établissement de normes pour assurer des soins de qualité et intégrés dans des secteurs clés.

Réalisations

Soins à domicile et soins communautaires

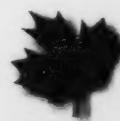
- Progrès dans le dégagement d'un consensus entre les gouvernements et avec les organisations nationales de santé sur les principaux principes, objectifs et résultats à viser en ce qui concerne des soins à domicile et des soins communautaires financés par l'État.
- Achèvement de travaux d'analyse visant à mieux comprendre : 1) l'impact du vieillissement de la population sur les besoins en soins à domicile, en soins communautaires et en soins de longue durée, et les conséquences de divers scénarios de composition des services pour les coûts et l'utilisation des services; 2) l'impact des approches en matière de financement actuelles sur la transition des soins en milieu hospitalier aux soins à domicile ou en milieu communautaire, la prise de décision dans un contexte de restriction, et les combinaisons de financement public et de financement privé.

Accès aux produits pharmaceutiques

- Réalisation d'une vaste étude portant sur l'accès des Canadiens au remboursement des médicaments d'ordonnance. Conformément à une entente avec Santé Canada, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) a terminé la première année d'une étude sur les coûts des régimes publics d'assurance-médicaments (voir le *Rapport sur le rendement* du CEPMB pour plus de détails).

Santé rurale

- Financement, par l'entremise du Programme de soutien à l'infrastructure de la santé, de sept projets de télésanté innovateurs visant à améliorer la prestation des soins de santé dans les régions rurales et isolées du Canada. Citons à titre d'exemple le projet de télé-échographie du district sanitaire de



Keewetino, dans le nord de l'Alberta. Pour les habitants des régions rurales et isolées, ces projets ont amélioré l'accès aux services de santé grâce à l'intégration de technologies de l'information.

- Financement de huit projets de télésoins à domicile visant à faire la démonstration d'innovations technologiques pour la prestation des soins à domicile et à en examiner le potentiel et les conséquences. Mentionnons, par exemple, le projet de téléhospice de West Prince (Île-du-Prince-Édouard), dans le cadre duquel le personnel infirmier dispose de ressources accrues pour surveiller les malades en phase terminale dans leur habitation rurale.

Prestation de services intégrée

- Création du Bureau de la politique des soins infirmiers dans le cadre du Programme d'innovations en matière de santé rurale et communautaire. Le Bureau a fourni des avis spécialisés au milieu de la santé, dans la perspective des soins infirmiers, sur des questions touchant les ressources humaines en santé et les systèmes de santé.
- Facilitation d'une table ronde de dirigeants et de chercheurs du domaine infirmier, de dirigeants des services de santé et de représentants gouvernementaux sur l'amélioration de la santé et des conditions de travail des infirmières et infirmiers.
- Formation d'un comité directeur, formé de représentants des écoles de médecine et des gouvernements, afin de faire mieux connaître le rôle et la responsabilité des écoles de médecine dans le maintien d'un effectif de médecins suffisant et adéquatement composé par rapport aux besoins en matière de santé des Canadiens. Les documents d'information préparés pour le comité par Santé Canada ont été remis ensuite aux ministres de la Santé. Ces documents faisaient le point sur les efforts déployés au Canada et dans le monde pour améliorer l'accès aux soins médicaux dans les régions rurales et éloignées, et sur les questions relatives à la répartition des médecins sur le territoire canadien. Ces efforts aideront à faire en sorte que le Canada continue à disposer d'un effectif de professionnels de la santé suffisant et bien composé pour répondre aux besoins des Canadiens et des Canadiennes sur le plan de la santé. Les rapports sont accessibles à : < http://www.hc-sc.gc.ca/francais/archives/communiques/99_picf.htm >.

Programme de contributions de plus de 5 millions de dollars :

(indiqué en gras dans le texte)

Fonds pour l'adaptation des services de santé



Secteur d'activité 5 : Politiques, planification et information en matière de santé

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1999-2000	Autorisations totales en 1999-2000	Dépenses réelles en 1999-2000
Dépenses nettes	139,8 \$	178,5 \$	178,3 \$*

* Cette somme représente 8,7 p. 100 des dépenses réelles du Ministère. Ce pourcentage est fondé sur les dépenses ministérielles totales, à l'exclusion du paiement forfaitaire de 855,3 millions de dollars pour l'hépatite C, ordonné par la cour, dans le secteur d'activité Promotion de la santé de la population. Ce montant a été exclu pour permettre la comparaison avec l'année précédente.

Site Web : < http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/francais/main_f.html >

Objectif

Favoriser, à Santé Canada, un processus décisionnel stratégique fondé sur des données probantes et promouvoir l'application d'un processus semblable au sein du système de santé canadien et de la population canadienne.

Engagement, principaux engagements en matière de résultats (PER), stratégies et réalisations

Engagement

Faire en sorte que les Canadiens et les Canadiennes puissent compter sur des politiques et des plans de santé nationaux efficaces, ainsi que sur une information en santé fiable et à jour, pour faciliter la prise de décisions stratégiques et fondées sur des données probantes, à Santé Canada, dans l'ensemble du système de santé par la population canadienne elle-même.



PER 5.1 Politiques et plans nationaux qui permettent une prise en charge efficace des nouveaux défis en matière de santé et des changements de priorité dans ce domaine

Stratégie 1

Améliorer l'efficacité de la recherche en santé au Canada.



Secteur d'activité 5 : Politiques, planification et information en matière de santé

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1999-2000	Autorisations totales en 1999-2000	Dépenses réelles en 1999-2000
Dépenses nettes	139,8 \$	178,5 \$	178,3 \$*

* Cette somme représente 8,7 p. 100 des dépenses réelles du Ministère. Ce pourcentage est fondé sur les dépenses ministérielles totales, à l'exclusion du paiement forfaitaire de 855,3 millions de dollars pour l'hépatite C, ordonné par la cour, dans le secteur d'activité Promotion de la santé de la population. Ce montant a été exclu pour permettre la comparaison avec l'année précédente.

Site Web : < http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/francais/main_f.html >

Objectif

Favoriser, à Santé Canada, un processus décisionnel stratégique fondé sur des données probantes et promouvoir l'application d'un processus semblable au sein du système de santé canadien et de la population canadienne.

Engagement, principaux engagements en matière de résultats (PER), stratégies et réalisations

Engagement

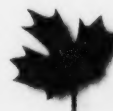
Faire en sorte que les Canadiens et les Canadiennes puissent compter sur des politiques et des plans de santé nationaux efficaces, ainsi que sur une information en santé fiable et à jour, pour faciliter la prise de décisions stratégiques et fondées sur des données probantes, à Santé Canada, dans l'ensemble du système de santé par la population canadienne elle-même.



PER 5.1 Politiques et plans nationaux qui permettent une prise en charge efficace des nouveaux défis en matière de santé et des changements de priorité dans ce domaine

Stratégie 1

Améliorer l'efficacité de la recherche en santé au Canada.



Réalisations

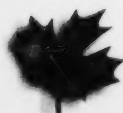
- Rôle clé, en partenariat avec le Conseil de recherches médicales, les provinces, les organisations de santé non gouvernementales et la communauté de la recherche, dans la création d'IRSC (Instituts de recherche en santé du Canada), notamment soutien financier, service de secrétariat et appui en matière de politiques. < <http://www.irsc.ca> >
- Lancement de La société, la culture et la santé des Canadiens II, en collaboration avec le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH). Cette initiative vise à appuyer les objectifs d'IRSC et à permettre l'établissement de partenariats nouveaux et innovateurs.
- Lancement de bourses de carrière en santé dans le cadre du **Programme national de recherche et développement en matière de santé**, en partenariat avec l'IRSC et le CRSH, afin de créer une masse critique de recherche en santé et de formation de recherche en sciences sociales pour répondre à la nécessité de mieux comprendre les grands déterminants sociaux et culturels de la santé.
- Versement de fonds à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), par l'entremise du **Fonds pour la recherche en services de santé**, pour favoriser la recherche appliquée sur les systèmes de santé, améliorer la qualité et la pertinence de la recherche, et faciliter l'utilisation de cette recherche pour les prises de décisions par les décideurs et les gestionnaires des systèmes de santé. Pour de plus amples renseignements, voir le rapport annuel de 1999 de la FCRSS à < <http://www.chsrf.ca/francais/document-library/index.html#anrep> >

Stratégie 2

Accroître la capacité de recherche sur les politiques du Ministère.

Réalisations

- Établissement d'un important programme de recherche pour favoriser une meilleure compréhension de diverses questions relatives à la santé, comme le vieillissement et la réforme de la santé, plus particulièrement des questions touchant les ressources humaines et les inducteurs de coûts dans le secteur de la santé; collaboration à la création d'une base de données sur le fardeau économique de la maladie au Canada; mise à la disposition des analystes de programmes et de politiques du Ministère d'un accès électronique aux données de base, aux outils d'analyse et aux rapports et analyses de recherche clés.
- Réorientation du financement de la recherche extra-muros par le **Programme national de recherche et développement en matière de santé** afin de répondre aux besoins de Santé Canada dans des domaines cibles comme les soins à domicile, les enfants et les jeunes, le vieillissement, et le financement du système de santé.



- Cofinancement, avec Statistique Canada et le Projet de recherche sur les politiques, de la conférence *Population Health Perspective*, pour faire connaître les travaux de recherche prometteurs dans le domaine de la santé des populations et explorer les liens avec l'élaboration des politiques.

Stratégie 3

Améliorer l'intégrité du processus des politiques et élargir la base factuelle de l'élaboration des politiques.

- Consultation des partenaires provinciaux et territoriaux et des principaux intervenants sur l'approche fédérale proposée face aux technologies de reproduction et de génétique, et distribution d'un rapport de rétroaction à tous les participants. Les commentaires recueillis aideront à éclairer le gouvernement au chapitre des prochaines étapes à suivre dans ce dossier.
- Création d'un sous-comité du Comité exécutif du Ministère chargé des politiques et des analyses, formé de cadres supérieurs des diverses directions générales et régions, afin que les grandes politiques de santé soient proprement évaluées et intégrées à l'ensemble des activités du Ministère.
- Mise au point d'outils et de cadres préliminaires pour faciliter l'analyse détaillée des politiques dans les domaines de la famille, du développement dans la petite enfance, de la santé des migrants et de la génomique. Ces outils permettront d'améliorer la qualité du processus décisionnel en matière de politiques.
- Mise sur pied d'un Groupe de travail sur le dépistage génétique des maladies survenant tard dans la vie, pour cerner et analyser les grandes questions de principe qui seront probablement soulevées, et établir des options de politique.
- Création d'une Division des politiques horizontales pour assurer la cohérence des politiques de santé ainsi que leur intégration au programme d'action du gouvernement et aux priorités des autres ministères fédéraux.
- Mise au point d'outils préliminaires pour analyser, en fonction des sexes, les politiques et les programmes de santé. Ces outils aideront à faire en sorte que les politiques et les programmes de santé tiennent compte des différences entre les sexes.



PER 5.2 Un système de santé plus efficace, plus efficient et plus transparent, et comprenant une infrastructure nationale efficace d'information et de recherche en santé

Stratégie 4

Établir, de concert avec les provinces, les territoires et les autres intervenants, une approche intégrée de l'organisation et de la diffusion de l'information et des connaissances en matière de santé.





- Cofinancement, avec Statistique Canada et le Projet de recherche sur les politiques, de la conférence *Population Health Perspective*, pour faire connaître les travaux de recherche prometteurs dans le domaine de la santé des populations et explorer les liens avec l'élaboration des politiques.

Stratégie 3

Améliorer l'intégrité du processus des politiques et élargir la base factuelle de l'élaboration des politiques.

- Consultation des partenaires provinciaux et territoriaux et des principaux intervenants sur l'approche fédérale proposée face aux technologies de reproduction et de génétique, et distribution d'un rapport de rétroaction à tous les participants. Les commentaires recueillis aideront à éclairer le gouvernement au chapitre des prochaines étapes à suivre dans ce dossier.
- Création d'un sous-comité du Comité exécutif du Ministère chargé des politiques et des analyses, formé de cadres supérieurs des diverses directions générales et régions, afin que les grandes politiques de santé soient proprement évaluées et intégrées à l'ensemble des activités du Ministère.
- Mise au point d'outils et de cadres préliminaires pour faciliter l'analyse détaillée des politiques dans les domaines de la famille, du développement dans la petite enfance, de la santé des migrants et de la génomique. Ces outils permettront d'améliorer la qualité du processus décisionnel en matière de politiques.
- Mise sur pied d'un Groupe de travail sur le dépistage génétique des maladies survenant tard dans la vie, pour cerner et analyser les grandes questions de principe qui seront probablement soulevées, et établir des options de politique.
- Création d'une Division des politiques horizontales pour assurer la cohérence des politiques de santé ainsi que leur intégration au programme d'action du gouvernement et aux priorités des autres ministères fédéraux.
- Mise au point d'outils préliminaires pour analyser, en fonction des sexes, les politiques et les programmes de santé. Ces outils aideront à faire en sorte que les politiques et les programmes de santé tiennent compte des différences entre les sexes.



PER 5.2 Un système de santé plus efficace, plus efficient et plus transparent, et comprenant une infrastructure nationale efficace d'information et de recherche en santé

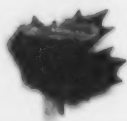
Stratégie 4

Établir, de concert avec les provinces, les territoires et les autres intervenants, une approche intégrée de l'organisation et de la diffusion de l'information et des connaissances en matière de santé.



Réalisations

- Aide financière accordée en vertu de quelque 36 projets sur la télésanté, du fichier de santé électronique, et de l'information électronique dans le domaine de la santé, pour favoriser l'application innovatrice des technologies de l'information et des communications dans les soins de santé et le secteur de la santé en général. Par exemple, un projet de télésoins à domicile à l'Hôpital pour enfants malades de Toronto a permis de créer un réseau de télécommunications spécialisé pour les enfants ayant besoin de soins intermédiaires. Les parents aident de façon intermittente à surveiller la fréquence cardiaque, la respiration et le taux d'oxygène dans le sang de leur enfant, depuis le domicile. Cette information est transmise régulièrement et automatiquement à une infirmière postée à l'hôpital, dans un centre de contrôle fonctionnant 24 heures sur 24.
- Leadership dans le lancement et la gestion de projets majeurs portant sur divers éléments de l'Infostructure canadienne de la santé (ICS) : le réseau de l'Infostructure nationale de surveillance de la santé (INSS), le Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits (SISPNI) et le Réseau canadien de la santé (RCS).
 - Création des outils et de l'infrastructure Internet nécessaires pour appuyer l'INSS relativement à diverses préoccupations en matière de santé, avec l'aide des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, des autorités régionales et municipales, des Premières nations et d'organisations non gouvernementales. Des cadres de responsabilisation ont été établis pour les secteurs clés dont les responsabilités ont récemment été étendues. Ces secteurs sont ceux de la surveillance des maladies entériques (d'origine alimentaire), de la surveillance de la santé périnatale, de la surveillance nationale du diabète, et de la surveillance du sang et des pathogènes transmissibles par le sang. Le réseau de l'INSS offrira aux autorités de la santé publique l'accès Internet à l'information dont elles ont besoin pour prévenir la maladie, élaborer des politiques visant à réduire les risques pour la santé, et réagir plus rapidement lorsque la santé publique est menacée. Des vies seront ainsi sauvées, et la maladie et l'incapacité seront prévenues.
 - Financement de la mise en place du Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits afin de mettre à la disposition de ces communautés l'information et les outils dont elles ont besoin pour utiliser plus efficacement les données sur la santé en vue de préserver et d'améliorer leur santé (détails à la page 71).
 - Lancement du Réseau canadien de la santé (< <http://www.canadian-health-network.ca/> >), un service national qui offre aux Canadiens et aux Canadiennes l'accès Internet à une information crédible sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie.
- Création d'un nouveau programme d'incitation, le Programme des partenariats pour l'Infostructure canadienne de la santé, qui vise à soutenir la mise en œuvre de vastes projets de modèles innovateurs, faisant appel aux technologies de l'information et des communications pour améliorer l'accessibilité et la qualité des services de santé.



- Création du Comité consultatif FPT sur l'infrastructure de la santé (CCIS) pour permettre des approches coordonnées et fondées sur la collaboration dans les domaines suivants : télésanté, fichier de santé électronique, protection et confidentialité des renseignements personnels, surveillance de la santé, intégration stratégique globale des applications nouvelles de l'infrastructure de la santé.
- Préparation d'un livre blanc, *Toward Electronic Health Records*, qui propose une approche pancanadienne du dossier de santé électronique.
- Tenue d'ateliers de formulation de vision, ayant pour but de sensibiliser davantage à l'infrastructure de la santé les divers intervenants du secteur de la santé : médecins, infirmières et infirmiers, administrateurs et professionnels de la santé travaillant auprès des enfants.
- Publication des résultats d'une consultation sur la surveillance de la santé des femmes. Le rapport précisait les besoins à combler et proposait six domaines dans lesquels recueillir des données de surveillance. Disponible à : < http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/whs-ssf/index_f.html >.
- Premiers pas en vue de l'élaboration d'indicateurs pour mesurer l'état de santé des femmes et leur utilisation des services de santé. Ces indicateurs serviront de points de référence pour surveiller la santé des Canadiennes au fil du temps.



PER 5.4 Des politiques, des programmes et des stratégies de santé internationales qui aident le Ministère à atteindre ses objectifs nationaux et internationaux

Stratégie 5

Renforcer la coopération et le partenariat à l'échelle internationale entre les gouvernements, les organisations non gouvernementales et autres intervenants.

Réalisations

- Co-parrainage avec ONUSIDA du premier dialogue international sur les politiques touchant le VIH/sida, exercice au cours duquel les participants ont contribué de façon importante aux politiques en matière de VIH/sida, ce, aux niveaux national et international.
- Publication de *Partager et s'instruire : Plaidoyer pour la lutte des Canadiens contre le VIH/sida à l'échelle planétaire*, afin d'encourager la lutte contre le VIH/sida; publication du guide *Dépasser nos frontières : un guide de jumelage à l'intention des organismes du domaine du VIH/sida*, afin d'aider les organisations bénévoles à s'unir aux organisations d'autres pays pour lutter contre le VIH/sida. Ces rapports sont accessibles sur Internet à < http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/vih_sida/strat_can/f_international/index.html >.



- Création du Comité consultatif FPT sur l'infrastructure de la santé (CCIS) pour permettre des approches coordonnées et fondées sur la collaboration dans les domaines suivants : télésanté, fichier de santé électronique, protection et confidentialité des renseignements personnels, surveillance de la santé, intégration stratégique globale des applications nouvelles de l'infrastructure de la santé.
- Préparation d'un livre blanc, *Toward Electronic Health Records*, qui propose une approche pancanadienne du dossier de santé électronique.
- Tenue d'ateliers de formulation de vision, ayant pour but de sensibiliser davantage à l'infrastructure de la santé les divers intervenants du secteur de la santé : médecins, infirmières et infirmiers, administrateurs et professionnels de la santé travaillant auprès des enfants.
- Publication des résultats d'une consultation sur la surveillance de la santé des femmes. Le rapport précisait les besoins à combler et proposait six domaines dans lesquels recueillir des données de surveillance. Disponible à : < http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/whs-ssf/index_f.html >.
- Premiers pas en vue de l'élaboration d'indicateurs pour mesurer l'état de santé des femmes et leur utilisation des services de santé. Ces indicateurs serviront de points de référence pour surveiller la santé des Canadiennes au fil du temps.



PER 5.4 Des politiques, des programmes et des stratégies de santé internationales qui aident le Ministère à atteindre ses objectifs nationaux et internationaux

Stratégie 5

Renforcer la coopération et le partenariat à l'échelle internationale entre les gouvernements, les organisations non gouvernementales et autres intervenants.

Réalisations

- Co-parrainage avec ONUSIDA du premier dialogue international sur les politiques touchant le VIH/sida, exercice au cours duquel les participants ont contribué de façon importante aux politiques en matière de VIH/sida, ce, aux niveaux national et international.
- Publication de *Partager et s'instruire : Plaidoyer pour la lutte des Canadiens contre le VIH/sida à l'échelle planétaire*, afin d'encourager la lutte contre le VIH/sida; publication du guide *Dépasser nos frontières : un guide de jumelage à l'intention des organismes du domaine du VIH/sida*, afin d'aider les organisations bénévoles à s'unir aux organisations d'autres pays pour lutter contre le VIH/sida. Ces rapports sont accessibles sur Internet à < http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/vih_sida/strat_can/f_international/index.html >.



- Accueil de plus de 100 délégations étrangères et de 13 ministres de la Santé étrangers, ce qui a permis de faire mieux connaître le système de santé du Canada et de se renseigner sur l'expérience d'autres pays.
- Organisation d'une importante présentation sur la télésanté au Canada lors de la Conférence des conjoints des chefs d'État et de gouvernement des Amériques, en octobre 1999.

Responsabilisation

L'amélioration de la qualité et de l'utilisation de l'information sur le rendement au sein de Santé Canada, et l'amélioration des rapports présentés aux Canadiens sur le rendement des politiques et des programmes du Ministère, incombent essentiellement au secteur Politiques, planification et information en matière de santé, de même que le financement des activités dans ce domaine. Se reporter à la section spéciale sur la responsabilisation, à la page 33, pour trouver des renseignements sur les principaux engagements et les principales réalisations en cette matière, comme l'Initiative fédérale de responsabilisation à l'égard des politiques et des programmes de Santé Canada.

Programmes de subventions et de contributions de plus de 5 millions de dollars:

(indiqués en gras dans le texte)

Contributions :

Programme national de recherche et développement en matière de santé

Subventions :

Fonds pour la recherche en services de santé



Secteur d'activité 6 : Services ministériels

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1999-2000	Autorisations totales en 1999-2000	Dépenses réelles en 1999-2000
Dépenses brutes	137,4 \$	166,0 \$	161,3 \$
Recettes attendues	(1,2 \$)	(1,2 \$)	(0,4 \$)
Dépenses nettes	136,2 \$	164,8 \$	160,9 \$*

* Cette somme représente 7,9 p. 100 des dépenses réelles du Ministère. Ce pourcentage est fondé sur les dépenses ministérielles totales, à l'exclusion du paiement forfaitaire de 855,3 millions de dollars pour l'hépatite C, ordonné par la cour, dans le secteur d'activité Promotion de la santé de la population. Ce montant a été exclu afin de permettre la comparaison avec l'année précédente.

Les dépenses réelles sont de 3,9 millions de dollars de moins que les autorisations totales du fait, notamment, des activités de planification d'urgence pour le passage à l'an 2000, qui n'ont pas nécessité autant de ressources que prévu. Les ressources non utilisées serviront à rembourser l'emprunt contracté pour la préparation au passage à l'an 2000.

Site Web : < http://www.hc-sc.gc.ca/csb-dgsg/francais/ov_ap1_f.htm >

Objectif

Faciliter l'exécution des programmes de Santé Canada par la prestation de services administratifs et de conseils et directives aux cadres supérieurs en vue de l'utilisation efficace et efficiente des ressources.

Engagement, principaux engagements en matière de résultats (PER), stratégies et réalisations

Engagement

Soutenir efficacement la mise en œuvre des programmes de Santé Canada et l'application de pratiques de gestion saines dans tout le Ministère.





Secteur d'activité 6 : Services ministériels

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

	Dépenses prévues en 1999-2000	Autorisations totales en 1999-2000	Dépenses réelles en 1999-2000
Dépenses brutes	137,4 \$	166,0 \$	161,3 \$
Recettes attendues	(1,2 \$)	(1,2 \$)	(0,4 \$)
Dépenses nettes	136,2 \$	164,8 \$	160,9 \$*

* Cette somme représente 7,9 p. 100 des dépenses réelles du Ministère. Ce pourcentage est fondé sur les dépenses ministérielles totales, à l'exclusion du paiement forfaitaire de 855,3 millions de dollars pour l'hépatite C, ordonné par la cour, dans le secteur d'activité Promotion de la santé de la population. Ce montant a été exclu afin de permettre la comparaison avec l'année précédente.

Les dépenses réelles sont de 3,9 millions de dollars de moins que les autorisations totales du fait, notamment, des activités de planification d'urgence pour le passage à l'an 2000, qui n'ont pas nécessité autant de ressources que prévu. Les ressources non utilisées serviront à rembourser l'emprunt contracté pour la préparation au passage à l'an 2000.

Site Web : < http://www.hc-sc.gc.ca/csb-dgsg/francais/ov_ap1_f.htm >

Objectif

Faciliter l'exécution des programmes de Santé Canada par la prestation de services administratifs et de conseils et directives aux cadres supérieurs en vue de l'utilisation efficace et efficiente des ressources.

Engagement, principaux engagements en matière de résultats (PER), stratégies et réalisations

Engagement

Soutenir efficacement la mise en œuvre des programmes de Santé Canada et l'application de pratiques de gestion saines dans tout le Ministère.







PER 6.1 Amélioration continue de la prestation de services administratifs centraux

Stratégie 1

Constituer et maintenir un effectif hautement qualifié.

Réalisations

- Établissement de partenariats avec certains ministères pour créer le Programme de préparation à l'emploi de conseiller en rémunération, qui assure la présentation d'avis réfléchis en matière de rémunération, ainsi que l'Initiative en développement de carrière pour Autochtones, qui facilite les affectations interministérielles pour les employés autochtones fédéraux.
- Afin de répondre aux besoins d'un effectif diversifié et en pleine expansion, mise en œuvre d'un nouveau programme d'orientation et introduction d'une nouvelle série de programmes d'apprentissage.



PER 6.2 Amélioration continue de la promotion de saines pratiques de gestion

Stratégie 2

Améliorer les capacités du Ministère d'utiliser des pratiques de contrôle modernes et de gérer ses programmes, ses dépenses et ses biens efficacement.

Réalisations

- Expansion et amélioration du système financier du Ministère afin d'en faire un système commun et unique qui permet, depuis un ordinateur de bureau, d'avoir accès aux données sur les finances, les achats et les biens.
- Établissement d'un Secrétariat du renouvellement des services à la clientèle afin de surveiller une série d'initiatives visant à améliorer les services aux clients en collaboration avec les directions générales chargées de programmes.

Stratégie 3

Revitaliser les biens du Ministère, renforcer ses capacités de gestion des biens, et réduire les conséquences de ses opérations physiques pour l'environnement.





**PER 6.1 Amélioration continue de la prestation de services
administratifs centraux**

Stratégie 1

Constituer et maintenir un effectif hautement qualifié.

Réalisations

- Établissement de partenariats avec certains ministères pour créer le Programme de préparation à l'emploi de conseiller en rémunération, qui assure la présentation d'avis réfléchis en matière de rémunération, ainsi que l'Initiative en développement de carrière pour Autochtones, qui facilite les affectations interministérielles pour les employés autochtones fédéraux.
- Afin de répondre aux besoins d'un effectif diversifié et en pleine expansion, mise en œuvre d'un nouveau programme d'orientation et introduction d'une nouvelle série de programmes d'apprentissage.



**PER 6.2 Amélioration continue de la promotion de saines
pratiques de gestion**

Stratégie 2

Améliorer les capacités du Ministère d'utiliser des pratiques de contrôle modernes et de gérer ses programmes, ses dépenses et ses biens efficacement.

Réalisations

- Expansion et amélioration du système financier du Ministère afin d'en faire un système commun et unique qui permet, depuis un ordinateur de bureau, d'avoir accès aux données sur les finances, les achats et les biens.
- Établissement d'un Secrétariat du renouvellement des services à la clientèle afin de surveiller une série d'initiatives visant à améliorer les services aux clients en collaboration avec les directions générales chargées de programmes.

Stratégie 3

Revitaliser les biens du Ministère, renforcer ses capacités de gestion des biens, et réduire les conséquences de ses opérations physiques pour l'environnement.



Réalisations

- Établissement d'un partenariat avec Travaux publics et Services gouvernementaux Canada (TPSGC) pour la prestation quotidienne de services relatifs aux installations, et élaboration d'une stratégie ministérielle annuelle de logement. Ces mesures ont permis une meilleure utilisation des locaux et une approche plus stratégique en matière d'acquisition de locaux.
- Détermination des mesures à prendre pour réduire l'impact des émissions des véhicules, mise en œuvre d'un programme « zéro déchet », et élaboration d'un plan de mesures correctives pour les emplacements de réservoirs de carburant contaminés.
- Construction et rénovation de plus de 40 établissements de santé dans le cadre du **Programme de contributions à la construction d'installations permanentes pour les Premières nations et les communautés inuites**. Ces installations permettront d'améliorer la disponibilité et l'accessibilité des services de santé pour les Premières nations et les Inuits.

Stratégie 4

Trouver des moyens efficaces de gérer l'information ministérielle et de soutenir la gestion du savoir au Ministère à l'aide des technologies de l'information.

Réalisations

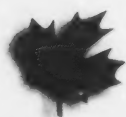
- Mise en place d'une base de données pour le partage des connaissances et création d'un manuel de procédures pour la tenue des dossiers afin d'assurer une meilleure organisation de l'information servant de mémoire organisationnelle et de rendre son accès plus efficient.
- Prise de mesures afin que les systèmes essentiels à la mission du Ministère soient prêts pour le passage à l'an 2000, et établissement d'un partenariat de travail efficace avec les ministères de la Santé des provinces et des territoires, ainsi qu'avec d'autres partenaires et intervenants, pour assurer le passage harmonieux du secteur de la santé à l'an 2000.
- Création d'un certain nombre de bases de données de bibliothèque accessibles sur Internet pour faciliter l'accès à l'information de recherche et améliorer les capacités de recherche à partir de points géographiques éloignés.
- Amélioration de la capacité d'échange et d'entreposage des données en toute confidentialité et en toute sécurité, grâce à la prestation de services électroniques protégés, qui a permis d'accroître la capacité d'établissement de partenariats, et grâce à la mise en place de l'infrastructure à clé publique (technologie de cryptage), qui a renforcé la confiance des utilisateurs dans les échanges d'information et les transactions commerciales électroniques.

Programme de contributions de plus de 5 millions de dollars :

(indiqué en gras dans le texte)

Programme de contributions à la construction d'installations permanentes pour les Premières nations et les communautés inuites







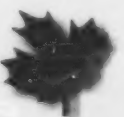
SECTION IV : RAPPORT D'ENSEMBLE

Modernisation de la fonction de contrôleur

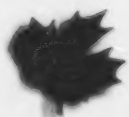
Au cours des deux dernières années, Santé Canada a adopté une nouvelle vision de la gestion afin de mieux aligner ses pratiques sur les concepts, les principes et les exigences de l'Initiative de modernisation de la fonction de contrôleur

< http://www.tbs-sct.gc.ca/cmo_mfc/sites_web.htm > et de la Stratégie d'information financière. À cette fin, un certain nombre d'initiatives ont été mises en œuvre ou poursuivies.

- Mise en place du Cadre pour la gestion intégrée des ressources (AGIR)/SAP R/3, système d'entreprise intégré en ligne, à la fine pointe de la technologie, qui permet une gestion efficace des ressources financières et non financières du Ministère.
- Établissement d'un Conseil ministériel des finances pour veiller à ce que le milieu financier du Ministère demeure informé et soit prêt à relever les défis posés par la gestion des ressources ministérielles.
- Élaboration d'un cadre d'évaluation de la gestion des risques – le Cadre décisionnel de Santé Canada pour l'identification, l'évaluation et la gestion des risques pour la santé – afin de protéger la santé des Canadiens et des Canadiennes.
- Mise en œuvre d'une initiative fédérale de responsabilisation. Les projets ont consisté notamment à établir des cadres de mesure du rendement et des indicateurs de base pour les principaux dossiers et programmes, la formation en gestion et l'amélioration des rapports ministériels.
- Élaboration de plans d'action pour donner suite aux questions soulevées par la plupart des employés dans le cadre du Sondage auprès des fonctionnaires fédéraux. Un comité directeur formé de cadres supérieurs et des groupes de travail des directions générales ont été établis afin de guider les travaux en cours.



- Lancement d'une initiative de renouvellement des services à la clientèle visant à améliorer la prestation et la qualité des services ministériels.
- Élaboration d'un cadre de responsabilisation en matière de conflits d'intérêts, de lignes directrices connexes, et d'un outil de formation des employés sur le règlement des conflits d'intérêts.
- Adoption de mesures pour assurer une meilleure prise en charge des questions horizontales de programme et de gestion par l'entremise des sous-comités du Comité exécutif du Ministère, dans les secteurs des politiques et de l'analyse, des communications, des finances, des ressources humaines, de la gestion des biens, de la gestion de l'information et de la technologie de l'information, de la gestion des risques, et des affaires réglementaires.
- Évaluation de l'impact de divers programmes afin de déterminer si les activités de programme en cours donnent des résultats optimaux dans des domaines d'intervention clés comme les politiques et l'analyse, la santé des Premières nations et des Inuits, la promotion de la santé et la prévention des maladies, la salubrité de l'environnement, et les communications. Ces projets ont permis d'analyser les intrants (les ressources investies) par rapport aux extrants (les résultats obtenus par les programmes).



Gestion du matériel

Le Ministère a réalisé d'importants progrès dans l'application de la stratégie du Système d'information financière (SIF) au secteur des biens meubles, et dans la mise en place de la comptabilité d'exercice et de l'établissement du coût du cycle de vie.

- Inauguration d'un nouveau système ministériel de gestion du matériel (SAP/AGIR) le 6 avril 1999. Les gestionnaires de centre de responsabilité (GCR) doivent utiliser ce système, qui intègre les processus de gestion du matériel en une seule structure et regroupe les fonctions propres aux finances, aux salaires et au matériel.
- Inauguration d'un processus d'inventaire ministériel complet en vue du passage de Santé Canada à la comptabilité d'exercice, initiative lancée par le Conseil du Trésor. Des données sur les biens matériels du Ministère ont été obtenues des GCR du pays et saisies dans la base de données du Cadre pour les systèmes intégrés de gestion des ressources (SAP/AGIR).
- Lancement réussi de séances d'orientation dans deux régions – Atlantique (Halifax) et Centre (Winnipeg, RCN et Toronto) – pour renseigner les GCR de Santé Canada sur la politique et les procédures relatives aux marchés. Le personnel a notamment été informé au sujet des politiques du Conseil du Trésor et du Ministère sur les marchés, des ententes commerciales et des contraintes ministérielles.



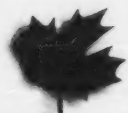
Développement durable

La notion de développement durable continue d'évoluer, comme évoluent les idées sur ce qui permet aux populations humaines d'être en santé. Au cours des deux dernières décennies, on est devenu de plus en plus conscient des déterminants (ou facteurs) interdépendants qui contribuent à la santé des populations. On reconnaît aujourd'hui que parmi ces déterminants figurent le revenu et la situation sociale, les réseaux de soutien social, la scolarité, l'emploi et les conditions de travail, les environnements sociaux, les pratiques d'hygiène et les capacités d'adaptation personnelles, le développement de l'enfant, le patrimoine biologique et génétique, les services de santé, le sexe de la personne, et la culture.

Santé Canada est un ministère fédéral qui exerce une influence directe sur les conditions socio-culturelles, économiques et environnementales au Canada en appliquant ses politiques et ses programmes et en s'acquittant de ses responsabilités. Pour favoriser l'avènement d'une société en meilleure santé, qui fait valoir le bien-être de la personne et de l'écosystème, le Ministère s'efforce de mieux prendre en compte et de mieux intégrer les sphères économiques, sociales et environnementales dans son processus de prise de décision.

Le développement durable est un processus pratique assorti de responsabilités morales et juridiques qui façonnent la prise de décision dans l'ensemble du Ministère. L'enjeu du développement durable est la qualité de vie elle-même. Santé Canada s'emploie actuellement à mettre en œuvre sa Stratégie de développement durable de 1997, en application de la *Loi sur le vérificateur général* (révisée en 1995). En 1998, le Ministère a révisé ses objectifs en réponse à la recommandation du Commissaire à l'environnement et au développement durable, et les a rendus plus quantifiables. Les objectifs, publiés sur le site Web du Ministère, c'est-à-dire < http://www.hc-sc.gc.ca/susdevdur/health_f.htm >, s'articulent autour de quatre thèmes stratégiques :

- **Promouvoir et améliorer la santé des populations :** Possibilités de contribuer au développement durable en adoptant une approche axée sur la santé des populations et en cherchant à explorer plus à fond les liens entre santé des populations et développement durable, et possibilités de favoriser le développement sain des enfants et des jeunes.
- **Déterminer et réduire les risques pour la santé liés à l'environnement :** Possibilités de s'attaquer aux risques environnementaux (substances toxiques présentes dans l'environnement, effets biorégionaux, maladies liées à l'environnement) ainsi qu'aux risques que comportent les aliments.
- **Renforcer les partenariats en matière de santé, d'environnement et de développement durable :** Possibilités de collaborer avec les autres ministères fédéraux, les gouvernements provinciaux et territoriaux, les Premières nations et les Inuits, les professionnels et les promoteurs de la santé, les consommateurs et les chercheurs.



- **Intégrer le concept de développement durable à la prise de décision et aux activités du Ministère :** Possibilités pour le Ministère d'intervenir davantage en matière de développement durable en établissant clairement les responsabilités et l'obligation de rendre compte dans ce domaine, et en écologisant ses activités de laboratoire, ses établissements de santé, ses entrepôts et ses bureaux.

L'orientation de Santé Canada consiste à intégrer la philosophie du développement durable à toutes ses activités d'élaboration de politiques et de programmes ainsi qu'à ses activités de planification, de dotation, de formation, d'évaluation de risques, d'évaluation réglementaire, de partenariat, de consultation publique et autres. L'application générale de la philosophie du développement durable nécessite l'examen continu des processus et des outils que le Ministère utilise et dont il a besoin. L'accès universel à la base de données ministérielle Lotus Notes sur le développement durable permet d'améliorer la mesure des résultats et les rapports sur les progrès réalisés.

On trouvera ci-après une description des résultats obtenus par Santé Canada, présentés par secteur d'activité et, s'il y a lieu, par secteur de service.

Secteur d'activité Gestion des risques pour la santé

Secteur de service Innocuité, qualité et valeur nutritive des aliments

Conclusion de plus de 1 200 projets visant à évaluer les risques que posent les allergènes alimentaires et les contaminants chimiques présents dans les aliments, dont une vingtaine d'évaluations complètes pour certains contaminants prioritaires, comme les dioxines dans les aliments importés de Belgique, les microcystines dans les produits à base d'algue bleue, etc.

Secteur de service Prévention et contrôle de la maladie

Élaboration de procédures pour la surveillance du cancer, qui ont été appliquées en des points chauds sur le plan environnemental comme le bassin des Grands Lacs (Port Hope, Windsor et Pickering/Ajax). De plus, des rapports d'évaluation sur la situation en ces points chauds ont été rendus publics en novembre 1999.

Étude de l'effet de l'exposition résidentielle aux effluents et aux émissions aéroportées des usines de pâtes et papier, et conclusion de l'évaluation des risques de lymphome non hodgkinien.

Intensification de la surveillance environnementale de la santé de la reproduction, et évaluation des risques par l'étude de la corrélation entre les sous-produits de désinfection et les résultats de grossesse indésirables.

Acquisition et analyse de données en vue d'élaborer des options pour le contrôle des substances déclarées toxiques en vertu de la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement* (LCPE).

Réduction de l'exposition du public à l'eau potable et de loisir du Saint-Laurent, qui peut présenter un risque de contamination.



Détermination, dans le cadre du programme Grands Lacs : Impact sur la santé, de l'exposition humaine aux contaminants (chimiques, microbiologiques et radiologiques), pour toutes les sources de pollution, et des effets de ces contaminants sur la santé, et communication avec divers organismes et le public pour améliorer la prise de décision relativement aux questions de santé et d'environnement.

Rapport sur les risques que posent pour la santé les polluants présents dans le Nord, dans le cadre d'un effort collectif avec les Premières nations et les Inuits, et les ministères fédéraux, provinciaux et territoriaux.

Imposition de conditions et de restrictions, en vertu de l'article 29 de la LPCE, quant au type et à la quantité d'utilisation de deux substances soupçonnées d'être toxiques pour les humains.

Secteur de service Réglementation de la lutte antiparasitaire

Mise au point, en partenariat avec le Conseil canadien du canola et la *Canadian Canola Growers Association*, d'une *Matrice de lutte antiparasitaire intégrée pour le canola* afin d'aider les producteurs à mettre en pratique la lutte antiparasitaire intégrée (LAI). Une version provisoire de la matrice a été remise pour évaluation aux producteurs et aux agronomes du Canada et des États-Unis. Une matrice semblable a été conçue pour les pommes et est mise à l'essai par les pommiculteurs.

À la demande des utilisateurs, élaboration d'une *directive d'homologation pour les usages limités* afin de faciliter l'accès aux nouvelles technologies, notamment aux produits chimiques et aux biopesticides à risque réduit. Cette activité a donné lieu à l'homologation pour une période limitée (ayant pris fin en décembre 1999), avant consultation pour homologation complète, d'un produit novateur et conforme à la LAI permettant de prévenir les dommages causés aux canneberges par les insectes, et l'approbation du premier pesticide biologique de tous les temps pour utilisation en serres sur les plantes ornementales, les concombres, les tomates et les poivrons.

Publication de la directive *Étiquetage de la gestion de la résistance aux pesticides* (DIR99-06), adoptée d'un commun accord par le Canada, les États-Unis et le Mexique pour assurer l'uniformité du regroupement et de l'étiquetage des pesticides et aider à gérer le problème de la résistance aux pesticides.

Contribution à la mise au point d'une approche nord-américaine uniforme pour aider à lutter contre le développement de la résistance aux pesticides et à justifier les décisions d'homologation communes.

La lutte antiparasitaire intégrée est une approche durable qui combine des outils biologiques, culturels, physiques et chimiques de lutte contre les parasites afin de maximiser les avantages de la lutte antiparasitaire et de réduire au minimum les risques pour l'environnement.



Secteur d'activité Promotion de la santé de la population

Le Programme d'animation communautaire a établi des relations, ou étendu les relations existantes, avec plus de 20 organismes gouvernementaux ou non gouvernementaux fédéraux, provinciaux et territoriaux, et offert un soutien sous forme d'animation, de formation et de ressources à plus de 350 organismes communautaires, pour le traitement de diverses questions touchant la santé des Canadiens et des Canadiennes.

Appui, dans l'ensemble du Canada, de 474 projets du Programme d'action communautaire pour les enfants dans le but d'établir ou d'offrir, par l'entremise de coalitions communautaires, des services visant à répondre aux besoins en matière de santé et de développement des enfants d'âge préscolaire et des familles qui vivent dans des conditions à risque.

Tenue d'un atelier annuel sur l'aide préscolaire aux Autochtones (APA) afin de renforcer le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones à l'échelle du Canada.

Administration de 112 centres APA pour répondre aux besoins de développement des jeunes enfants autochtones qui vivent dans les centres urbains ou les communautés étendues du Nord.

Le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) a permis de rejoindre la population des femmes qui risquent de mettre au monde des enfants en mauvaise santé. Cette population comprend des adolescentes (38 %), des femmes seules (49 %), des Autochtones (23 %), des femmes ayant 11 années ou moins de scolarité (58 %), des femmes au revenu familial inférieur à 1 300 \$ par mois (58 %), et des femmes ayant été victimes de violence pendant leur grossesse (13%).

Élaboration d'un nouveau Règlement sur les rapports relatifs au tabac, qui augmentera les exigences en matière de rapports pour l'industrie du tabac.

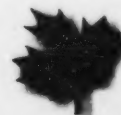
Secteur d'activité Santé des autochtones

Prise de mesures, aux fins de développement durable, en vue de réduire les inégalités en matière de santé dont sont victimes les Premières nations et les Inuits. On peut citer comme exemples le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves, la Stratégie sur le diabète chez les Autochtones, et le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits.

Évaluation et mise à jour des plans d'action en place pour régler les problèmes de 12 sites et systèmes d'entreposage de combustibles où se sont produits des déversements.

Évaluation de 11 sites contaminés par des produits pétroliers pour déterminer l'ampleur de la contamination du sol, et décontamination de trois de ces sites.

Amorce de l'assainissement des eaux souterraines à l'un des sites pour réduire les risques de contamination. Début des travaux de réparation et de remplacement des réservoirs de combustibles à huit sites, et adoption de mesures correctives pour rendre un autre site conforme.



Mise au point d'un système de gestion environnementale pour les hôpitaux Percy Moore, Norway House et de Sioux Lookout, afin d'améliorer le rendement de ces établissements en matière d'environnement.

Secteur d'activité Services ministériels

Amélioration de la gestion des aspects environnementaux par la création d'un Système ministériel de gestion de l'environnement (SMGE). Le système inclut une base de données primée, conforme à la norme ISO 14001, qui sert d'outil de gestion pour les gestionnaires des installations.

Élaboration d'un plan d'action ministériel pour faciliter l'« écologisation » des opérations physiques de Santé Canada, plan qui devrait se traduire par une réduction du nombre de sites ministériels contaminés et l'amélioration des systèmes d'entreposage de combustibles.

En 1999-2000, modification de deux véhicules pour permettre l'utilisation de carburants de rechange, et examen du parc automobile de l'Ontario.

Conception et diffusion de six numéros du bulletin électronique *Les pages vertes* pour sensibiliser les employés de Santé Canada aux questions environnementales.

Préparation de plans d'action pour encourager les achats « écologiques » et une gestion du parc automobile à Santé Canada respectueuse de l'environnement.

On trouvera des renseignements supplémentaires sur les réalisations ministérielles concernant la gestion de l'environnement (p. ex., mise en œuvre du programme Zéro déchets, réduction de la consommation d'énergie et formation régionale relative à la norme ISO 14001 pour les employés ayant des responsabilités directes de gestion en matière d'environnement) dans le rapport annuel sur l'environnement pour 1999-2000, que l'on peut obtenir auprès du directeur de la Division de la gestion des systèmes d'environnement, en composant le (613) 957-1924.



Initiatives réglementaires

Rendement des initiatives réglementaires

But de l'initiative réglementaire ou législative	Résultats attendus	Critères de mesure du rendement	Résultats
Règlement sur les aliments et drogues (Allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs) Le règlement a été rédigé. On prépare actuellement la documentation connexe pour publication dans la partie I de la <i>Gazette du Canada</i>.	Fournir l'assurance au consommateur que les allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs : - seront uniformes, exactes et non trompeuses; - seront fondées sur des critères de santé et conformes aux directives en matière de diététique; - n'entreront pas en conflit avec les préoccupations en matière de santé et de sécurité, mais tiendront également compte des considérations économiques et commerciales.	Moins de dossiers d'allégations de propriétés nutritives, et moins d'activités de vérification de la conformité.	Les résultats ne seront pas connus tant que le règlement n'aura pas été publié dans la Partie II de la <i>Gazette du Canada</i>.



Rendement des initiatives réglementaires (suite)

But de l'initiative réglementaire ou législative	Résultats attendus	Critères de mesure du rendement	Résultats
Règlement sur les aliments et drogues (Adjonction de vitamines et de minéraux aux aliments) Une vaste consultation des intéressés a eu lieu concernant l'élaboration d'une politique plus souple pour l'adjonction des vitamines et des minéraux aux aliments. Une vaste consultation du public sur les recommandations fondamentales a pris fin, et les résultats sont présentement soumis à une évaluation.	Un cadre réglementaire approprié pour l'industrie alimentaire permettra d'offrir aux consommateurs une plus grande variété de produits alimentaires auxquels des vitamines et des minéraux auront été ajoutés, afin de répondre aux besoins en santé publique tout en protégeant la population contre des apports excessifs ou mal équilibrés.	Moins de dossiers, et moins d'activités de vérification de la conformité. Des enquêtes sur le régime alimentaire permettront de déterminer si les Canadiens suivent les recommandations concernant les apports en vitamines et en minéraux.	Les bienfaits pour les consommateurs commenceront à se faire sentir après l'adoption de la politique révisée, vers la fin de 1999-2000.
Règlement sur les aliments et drogues (Révision du Titre 16 - Tableaux d'additifs alimentaires) Un projet de modification est en cours de préparation et devrait être publié dans la Partie I de la <i>Gazette du Canada</i> en 2001.	La nouvelle approche donnera plus de latitude à l'industrie pour l'utilisation des additifs alimentaires, tout en continuant d'assurer la sécurité du public.	Moins de dossiers d'additifs alimentaires, moins de modifications aux normes alimentaires, et moins de mesures d'application de la loi.	Le contrat visant la correction des faiblesses relevées par les Services juridiques a été exécuté. Les résultats commenceront à être connus un an après la publication des modifications dans la Partie II de la <i>Gazette du Canada</i>.



Rendement des initiatives réglementaires (suite)

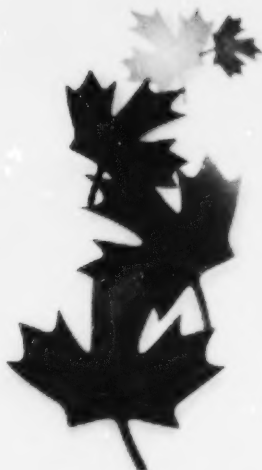
But de l'initiative réglementaire ou législative	Résultats attendus	Critères de mesure du rendement	Résultats
Règlement sur les aliments et drogues (sang, tissus, organes et xénogreffons) Attente des normes finales de la CSA et consultation sur les cadres réglementaires.	Santé Canada propose de prendre un nouveau règlement et d'en mettre à jour d'autres pour assurer la sûreté du sang, des composants sanguins et des tissus et organes à transplanter, y compris des xénogreffons.	Les critères de mesure du rendement seront établis une fois que la forme et la teneur finales du règlement seront connues.	Les résultats de cette initiative ne seront pas connus tant que la rédaction du règlement ne sera pas terminée et qu'il n'aura pas été publié.
Règlement sur l'information relative aux produits du tabac Le 22 janvier 2000, un avis d'intention de prendre un règlement a été publié dans la Partie I de la <i>Gazette du Canada</i>. Le règlement devrait entrer en vigueur avant la fin de 2000.	Selon ce nouveau règlement, tous les produits du tabac devront, dans un délai d'un an, porter des mises en garde contre les méfaits pour la santé. Pour les produits dont la part de marché dépasse 2 p. 100, ce délai sera non pas d'un an, mais de 180 jours à compter de l'entrée en vigueur du règlement. Le but est de renseigner les Canadiens et les Canadiennes (et surtout les jeunes) sur les conséquences de l'usage du tabac pour la santé. Un document de consultation, <i>Options pour la réglementation de la promotion du tabac</i>, a été publié et remis à l'industrie et aux intéressés en janvier 1999 en vue d'obtenir leurs commentaires.	Les critères de mesure du rendement seront établis une fois que la forme et la teneur finales du règlement seront connues.	Les résultats de cette initiative ne seront pas connus tant que la rédaction du règlement ne sera pas terminée et qu'il n'aura pas été publié.



Rendement des initiatives réglementaires (suite)

But de l'initiative réglementaire ou législative	Résultats attendus	Critères de mesure du rendement	Résultats
Règlement sur les rapports relatifs au tabac Le 22 janvier 2000, un avis d'intention de prendre un règlement a été publié dans la Partie I de la <i>Gazette du Canada</i>. Le règlement devrait entrer en vigueur avant la fin de 2000.	Ce règlement vise à augmenter le nombre des constituants et des émissions à déclarer, et s'applique à toutes les catégories de produits du tabac. À cette fin, une <i>Lettre de renseignements</i> de la Direction générale de la protection de la santé, sollicitant les commentaires, a été publiée le 10 juin 1998. Les commentaires reçus ont été analysés, et la Section de la réglementation (Justice) est à rédiger le libellé.	Les critères de mesure du rendement seront établis une fois que la forme et la teneur finales du règlement seront connues.	Les résultats de cette initiative ne seront pas connus tant que la rédaction du règlement ne sera pas terminée et qu'il n'aura pas été publié.
<i>Loi réglementant certaines drogues et autres substances</i> Nouveau règlement sur les benzodiazépines, adopté en juin 2000.	Ce nouveau règlement sur les benzodiazépines et ses précurseurs, et l'unification des règlements en vigueur, offriront un cadre réglementaire amélioré qui permettra au Canada de respecter ses obligations internationales.	Les critères de mesure du rendement seront établis une fois que la forme et la teneur finales de la loi seront connues.	Les résultats de cette initiative ne seront pas connus tant que la rédaction du règlement ne sera pas terminée et qu'il n'aura pas été publié.





SECTION V : RENDEMENT FINANCIER

Aperçu du rendement financier

Les tableaux financiers sommaires qui suivent donnent un aperçu de l'utilisation des ressources de Santé Canada en 1999-2000 et présentent des renseignements comparatifs pour les exercices antérieurs. Cette année encore, Santé Canada s'est efforcé d'utiliser ses ressources de la manière la plus efficace et efficiente possible pour que les Canadiens et les Canadiennes en aient pour leur argent.

Dans l'ensemble, en 1999-2000, la non-utilisation de fonds a été insignifiante. L'excédent a été de 15,4 millions de dollars, soit 1 p. 100, pour les ressources de fonctionnement. Cet excédent est principalement attribuable aux retards apparus dans le lancement de nouvelles initiatives.



Tableaux financiers récapitulatifs

Tableau financier 1 :

Sommaire des crédits approuvés pour 1999-2000

Besoins financiers par autorisation (en millions de dollars)

Crédit	Dépenses prévues ¹ 1999-2000	Autorisations totales ² 1999-2000	Dépenses Réelles ¹ 1999-2000
Santé Canada			
1 Dépenses de fonctionnement	1 083,1	1 120,3	1 104,9
5 Subventions et contributions	850,5	864,5	864,5
(S) Ministre de la Santé - Traitements et allocation d'automobile	-	0,1	0,1
(S) Cotisations aux régimes d'avantages sociaux des employés	61,2	70,0	70,0
(S) Utilisation des profits de l'aliénation de biens de l'État excédentaires	-	0,6	0,4
(S) Paiements aux victimes de l'hépatite C en vertu de l'article 30 de la <i>Loi sur la responsabilité civile de l'État et le contentieux administratif</i> *	-	855,3	855,3
(S) Remboursement des montants crédités aux recettes d'années antérieures	-	0,1	0,1
Total pour le Ministère	1 994,8	2 910,9	2 895,3

Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget principal, des Budgets supplémentaires et des autres autorisations.

Remarque 1 : Selon le Rapport sur les plans et les priorités de 1999-2000

Remarque 2 : Selon les Comptes publics de 1999-2000

* Un paiement ponctuel de 855,3 millions de dollars a été versé à titre de rémunération, sur l'ordre des tribunaux, aux personnes ayant contracté l'hépatite C à la suite d'une transfusion de sang entre le 1^{er} janvier 1986 et le 1^{er} juillet 1990.



Tableau financier 2 : Comparaison entre les dépenses totales prévues et les dépenses réelles

Dépenses prévues et dépenses réelles du Ministère par secteur d'activité (en millions de dollars)

Secteurs d'activité	Équivalents temps plein	Fonctionnement	Capital	Subventions et contributions	Total des dépenses brutes	Moins : recettes disponibles	Total des dépenses nettes
<i>Gestion des risques pour la santé</i>	2 774	271,6	-	45,1	316,7	-44,9	271,8
(Autorisations totales)	2 800	287,2	-	44,8	332,0	-55,8	276,2
(Réelles)	2 711	273,7	-	44,8	318,5	-53,8	264,7
Promotion de la santé de la population	545	74,8	-	140,3	215,1	-	215,1
(Autorisations totales)*	676	945,7	-	148,3	1 094,0	-	1 094,0
(Réelles)*	721	945,7	-	143,3	1 094,0	-	1 094,0
Santé des Autochtones	1 403	619,5	-	539,0	1 158,5	-9,1	1 149,4
(Autorisations totales)	1 336	591,8	-	565,6	1 157,4	-9,1	1 148,3
(Réelles)	1 336	589,5	-	565,6	1 155,1	-6,8	1 148,3
Soutien et renouvellement du système de santé	88	11,0	-	71,5	82,5	-	82,5
(Autorisations totales)	63	5,3	-	43,8	49,1	-	49,1
(Réelles)	63	5,3	-	43,8	49,1	-	49,1
Politiques, planification et information en matière de santé	574	104,4	-	35,4	139,8	-	139,8
(Autorisations totales)	865	148,7	-	29,8	178,5	-	178,5
(Réelles)	855	148,5	-	29,8	178,3	-	178,3
Services ministériels	845	112,4	5,8	19,2	137,4	-1,2	136,2
(Autorisations totales)	971	129,6	4,2	32,2	166,0	-1,2	164,8
(Réelles)	999	124,9	4,2	32,2	161,3	-0,4	160,9
Total	6 229	1 193,7	5,8	850,5	2 050,0	-55,2	1 994,8
(Autorisations totales)	6 711	2 108,3	4,2	864,5	2 977,0	-66,1	2 910,9
(Réelles)	6 685	2 087,6	4,2	864,5	2 956,3	-61,0	2 895,3
Recettes non disponibles							-7,8
(Autorisations totales)							-7,8
(Réelles)							-14,6
Coût des services fournis par d'autres ministères							40,0
(Autorisations totales)							40,0
(Réelles)							49,5
Credit net du Programme							2 027,0
(Autorisations totales)							2 943,1
(Réelles)							2 930,2

Les dépenses prévues pour 1999-2000 ont été mises à jour en fonction des ressources du Budget 1999 pour chaque secteur d'activité.

* Un paiement ponctuel de 855,3 millions de dollars a été versé à titre d'indemnisation, sur l'ordre des tribunaux, aux personnes ayant contracté l'hépatite C à la suite d'une transfusion de sang entre le 1^{er} janvier 1986 et le 1^{er} juillet 1990.



Tableaux financiers récapitulatifs

Tableau financier 1 :

Sommaire des crédits approuvés pour 1999-2000

Besoins financiers par autorisation (en millions de dollars)

Crédit	Dépenses prévues ¹ 1999-2000	Autorisations totales ² 1999-2000	Dépenses Réelles ² 1999-2000
Santé Canada			
1 Dépenses de fonctionnement	1 083,1	1 120,3	1 104,9
5 Subventions et contributions	850,5	864,5	864,5
(S) Ministre de la Santé - Traitements et allocation d'automobile	-	0,1	0,1
(S) Cotisations aux régimes d'avantages sociaux des employés	61,2	70,0	70,0
(S) Utilisation des profits de l'aliénation de biens de l'État excédentaires	-	0,6	0,4
(S) Paiements aux victimes de l'hépatite C en vertu de l'article 30 de la <i>Loi sur la responsabilité civile de l'État et le contentieux administratif</i> *	-	855,3	855,3
(S) Remboursement des montants crédités aux recettes d'années antérieures	-	0,1	0,1
Total pour le Ministère	1 994,8	2 910,9	2 895,3

Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget principal, des Budgets supplémentaires et des autres autorisations.

Remarque 1 : Selon le Rapport sur les plans et les priorités de 1999-2000

Remarque 2 : Selon les Comptes publics de 1999-2000

* Un paiement ponctuel de 855,3 millions de dollars a été versé à titre de rémunération, sur l'ordre des tribunaux, aux personnes ayant contracté l'hépatite C à la suite d'une transfusion de sang entre le 1^{er} janvier 1986 et le 1^{er} juillet 1990.



Tableau financier 2 : Comparaison entre les dépenses totales prévues et les dépenses réelles

Dépenses prévues et dépenses réelles du Ministère par secteur d'activité (en millions de dollars)

Secteurs d'activité	Équivalents temps plein	Fonctionnement	Capital	Subventions et contributions	Total des dépenses brutes	Moins : recettes disponibles	Total des dépenses nettes
Gestion des risques pour la santé (Autorisations totales) (Réelles)	2 774 2 800 2 711	271,6 287,2 273,7	-	45,1 44,8 44,8	316,7 332,0 318,5	-44,9 -55,8 -53,8	271,8 276,2 264,7
Promotion de la santé de la population (Autorisations totales)* (Réelles)*	545 676 721	74,8 945,7 945,7	-	140,3 148,3 140,3	215,1 1 094,0 1 094,0	- - -	215,1 1 094,0 1 094,0
Santé des Autochtones (Autorisations totales) (Réelles)	1 403 1 336 1 336	619,5 591,8 589,5	-	539,0 565,6 565,6	1 158,5 1 157,4 1 155,1	-9,1 -9,1 -6,8	1 149,4 1 148,3 1 148,3
Soutien et renouvellement du système de santé (Autorisations totales) (Réelles)	88 63 63	11,0 5,3 5,3	-	71,5 43,8 43,8	82,5 49,1 49,1	- - -	82,5 49,1 49,1
Politiques, planification et information en matière de santé (Autorisations totales) (Réelles)	574 865 855	104,4 148,7 148,5	-	35,4 29,8 29,8	139,8 178,5 178,3	- - -	139,8 178,5 178,3
Services ministériels (Autorisations totales) (Réelles)	845 971 999	112,4 129,6 124,9	5,8 4,2 4,2	19,2 32,2 32,2	137,4 166,0 161,3	-1,2 -1,2 -0,4	136,2 164,8 160,9
Total (Autorisations totales) (Réelles)	6 229 6 711 6 685	1 193,7 2 108,3 2 087,6	5,8 4,2 4,2	850,5 864,5 864,5	2 050,0 2 977,0 2 956,3	-55,2 -66,1 -61,0	1 994,8 2 910,9 2 895,3
Recettes non disponibles (Autorisations totales) (Réelles)							-7,8 -7,8 -14,6
Coût des services fournis par d'autres ministères (Autorisations totales) (Réelles)							40,0 40,0 49,5
Coût net du Programme (Autorisations totales) (Réelles)							2 027,0 2 943,1 2 930,2

Les dépenses prévues pour 1999-2000 ont été mises à jour en fonction des ressources du Budget 1999 pour chaque secteur d'activité.

* Un paiement ponctuel de 855,3 millions de dollars a été versé à titre d'indemnisation, sur l'ordre des tribunaux, aux personnes ayant contracté l'hépatite C à la suite d'une transfusion de sang entre le 1^{er} janvier 1986 et le 1^{er} juillet 1990.



Tableau financier 3 : Comparaison historique entre les dépenses totales prévues et les dépenses réelles

Dépenses prévues et dépenses réelles du Ministère par secteur d'activité (en millions de dollars)

Secteurs d'activité	Dépenses Réelles 1997-1998	Dépenses Réelles 1998-1999	Dépenses prévues * 1999-2000	Autorisations totales 1999-2000	Dépenses Réelles 1999-2000
Gestion des risques pour la santé	180,3	267,8	271,8	276,2	264,7
Promotion de la santé de la population **	175,1	201,6	215,1	1 094,0	1 093,9
Santé des Autochtones	1 026,8	1 060,5	1 149,4	1 148,3	1 148,2
Soutien et renouvellement du système de santé	14,6	30,7	82,5	49,1	49,2
Politiques, planification et information en matière de santé	114,3	288,1	139,8	178,5	178,3
Services ministériels	131,7	146,1	136,2	164,8	161,0
Total	1 642,8	1 994,8	1 994,8	2 910,9	2 895,3

Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget principal, des Budgets supplémentaires ainsi qu'à d'autres autorisations.

* Les dépenses prévues pour 1999-2000 ont été mises à jour en fonction des ressources du Budget 1999 pour chaque secteur d'activité.

** Un paiement ponctuel de 855,3 millions de dollars a été versé à titre d'indemnisation, sur l'ordre des tribunaux, aux personnes ayant contracté l'hépatite C à la suite d'une transfusion de sang entre le 1^{er} janvier 1986 et le 1^{er} juillet 1990.



Tableau financier 4 : Besoins en ressources par organisation et secteur d'activité

Comparaison entre les dépenses prévues et les autorisations totales pour 1999-2000 (RPP) et les dépenses réelles par organisation et secteur d'activité (en millions de dollars)

Organisation	Gestion des risques pour la santé	Promotion de la santé de la population *	Santé des Autochtones	Soutien et renouv. du système de santé	Pol., planif. et inform. en matière de santé	Services ministériels	Total
Protection de la santé (Autorisations totales) (Réelles)	221,6 228,6 217,0	- - -	- - -	- - -	14,8 25,9 25,9	- - -	226,4 254,5 242,9
Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (Autorisations totales) (Réelles)	15,9 19,3 19,3	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -	15,9 19,3 19,3
Promotion et programmes de la santé (Autorisations totales) (Réelles)	9,9 2,2 2,2	215,1 1 094,0 1 094,0	22,1 22,0 22,0	2,6 2,9 2,9	14,1 0,0 0,0	- - -	263,8 1 121,1 1 121,1
Services médicaux (Autorisations totales) (Réelles)	1,5 1,7 1,8	- - -	1 127,3 1 126,3 1 126,3	- - -	- - -	- - -	1 128,8 1 128,0 1 128,1
Agence d'hygiène et de sécurité au travail (Autorisations totales) (Réelles)	22,9 24,4 24,4	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -	22,9 24,4 24,4
Politiques et consultation (Autorisations totales) (Réelles)	- - -	- - -	- - -	79,9 46,2 46,2	68,0 75,9 75,9	- - -	147,9 122,1 122,1
Services de gestion (Autorisations totales) (Réelles)	- - -	- - -	- - -	- - -	14,5 24,5 24,3	133,3 128,3 124,4	147,8 152,8 148,7
Information, analyse et connectivité (Autorisations totales) (Réelles)	- - -	- - -	- - -	- - -	28,4 52,2 52,2	2,9 36,5 36,5	31,3 88,7 88,7
Total (dépenses prévues) (Autorisations totales) (Réelles)	271,8 276,2 264,7	215,1 1 094,0 1 094,0	1 149,4 1 148,3 1 148,3	82,5 49,1 49,1	139,8 178,5 178,3	136,2 164,8 160,9	1 994,8 2 910,9 2 895,3
% du total **	13,0%	11,7%	56,3%	2,4%	8,7%	7,9%	100%

Remarque : Les montants en italique représentent les autorisations totales pour 1999-2000 (Budget principal, Budgets supplémentaires et autres autorisations).

Les montants en gras représentent les dépenses et les recettes réelles de 1999-2000.

Les dépenses prévues pour 1999-2000 ont été mises à jour en fonction des ressources du Budget de 1999 pour chaque secteur d'activité.

* Un paiement ponctuel de \$ 855,3 millions de dollars a été versé à titre d'indemnisation, sur l'ordre des tribunaux, aux personnes ayant contracté l'hépatite C à la suite d'une transfusion de sang entre le 1^{er} janvier 1986 et le 1^{er} juillet 1990.

** Un paiement ponctuel de \$ 855,3 millions de dollars, ordonné par les tribunaux, a été soustrait du <<% du total >> pour permettre la comparaison avec les années antérieures.

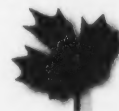


Tableau financier 3 : Comparaison historique entre les dépenses totales prévues et les dépenses réelles

Dépenses prévues et dépenses réelles du Ministère par secteur d'activité (en millions de dollars)

Secteurs d'activité	Dépenses Réelles 1997-1998	Dépenses Réelles 1998-1999	Dépenses prévues * 1999-2000	Autorisations totales 1999-2000	Dépenses Réelles 1999-2000
Gestion des risques pour la santé	180,3	267,8	271,8	276,2	264,7
Promotion de la santé de la population **	175,1	201,6	215,1	1 094,0	1 093,9
Santé des Autochtones	1 026,8	1 060,5	1 149,4	1 148,3	1 148,2
Soutien et renouvellement du système de santé	14,6	30,7	82,5	49,1	49,2
Politiques, planification et information en matière de santé	114,3	288,1	139,8	178,5	178,3
Services ministériels	131,7	146,1	136,2	164,8	161,0
Total	1 642,8	1 994,8	1 994,8	2 910,9	2 895,3

Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget principal, des Budgets supplémentaires ainsi qu'à d'autres autorisations.

* Les dépenses prévues pour 1999-2000 ont été mises à jour en fonction des ressources du Budget 1999 pour chaque secteur d'activité.

** Un paiement ponctuel de 855,3 millions de dollars a été versé à titre d'indemnisation, sur l'ordre des tribunaux, aux personnes ayant contracté l'hépatite C à la suite d'une transfusion de sang entre le 1^{er} janvier 1986 et le 1^{er} juillet 1990.



Tableau financier 4 : Besoins en ressources par organisation et secteur d'activité

Comparaison entre les dépenses prévues et les autorisations totales pour 1999-2000 (RPP) et les dépenses réelles par organisation et secteur d'activité (en millions de dollars)

Organisation	Gestion des risques pour la santé	Promotion de la santé de la population *	Santé des Autochtones	Soutien et renouv. du système de santé	Pol., planif. et inform. en matière de santé	Services ministériels	Total
Protection de la santé (Autorisations totales)	221,6	-	-	-	14,8	-	236,4
(Réelles)	228,6	-	-	-	25,9	-	254,5
Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (Autorisations totales)	217,0	-	-	-	25,9	-	242,9
(Réelles)	15,9	-	-	-	-	-	15,9
Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (Autorisations totales)	19,3	-	-	-	-	-	19,3
(Réelles)	19,3	-	-	-	-	-	19,3
Promotion et programmes de la santé (Autorisations totales)	9,9	215,1	22,1	2,6	14,1	-	263,8
(Réelles)	2,2	1 094,0	22,0	2,9	0,0	-	1 121,1
Services médicaux (Autorisations totales)	2,2	1 094,0	22,0	2,9	0,0	-	1 121,1
(Réelles)	1,5	-	1 127,3	-	-	-	1 128,8
Agence d'hygiène et de sécurité au travail (Autorisations totales)	1,7	-	1 126,3	-	-	-	1 128,0
(Réelles)	1,8	-	1 126,3	-	-	-	1 128,1
Agence d'hygiène et de sécurité au travail (Autorisations totales)	22,9	-	-	-	-	-	22,9
(Réelles)	24,4	-	-	-	-	-	24,4
Politiques et consultation (Autorisations totales)	24,4	-	-	-	-	-	24,4
(Réelles)	-	-	-	79,9	68,0	-	147,9
Services de gestion (Autorisations totales)	-	-	-	46,2	75,9	-	122,1
(Réelles)	-	-	-	46,2	75,9	-	122,1
Information, analyse et connectivité (Autorisations totales)	-	-	-	-	14,5	133,3	147,8
(Réelles)	-	-	-	-	24,5	128,3	152,8
Information, analyse et connectivité (Autorisations totales)	-	-	-	-	24,3	124,4	148,7
(Réelles)	-	-	-	-	28,4	2,9	31,3
Information, analyse et connectivité (Autorisations totales)	-	-	-	-	52,2	36,5	88,7
(Réelles)	-	-	-	-	52,2	36,5	88,7
Total (dépenses prévues)	271,8	215,1	1 149,4	82,5	139,8	136,2	1 994,8
(Autorisations totales)	276,2	1 094,0	1 148,3	49,1	178,5	164,8	2 910,9
(Réelles)	264,7	1 094,0	1 148,3	49,1	178,3	160,9	2 895,3
% du total **	13,0%	11,7%	56,3%	2,4%	8,7%	7,9%	100%

Remarque : Les montants en italique représentent les autorisations totales pour 1999-2000 (Budget principal, Budgets supplémentaires et autres autorisations).

Les montants en gras représentent les dépenses et les recettes réelles de 1999-2000.

Les dépenses prévues pour 1999-2000 ont été mises à jour en fonction des ressources du Budget de 1999 pour chaque secteur d'activité.

* Un paiement ponctuel de \$ 855,3 millions de dollars a été versé à titre d'indemnisation, sur l'ordre des tribunaux, aux personnes ayant contracté l'hépatite C à la suite d'une transfusion de sang entre le 1^{er} janvier 1986 et le 1^{er} juillet 1990.

** Un paiement ponctuel de \$ 855,3 millions de dollars, ordonné par les tribunaux, a été soustrait du << du total >> pour permettre la comparaison avec les années antérieures.



Tableau financier 5 : Recettes disponibles

(en millions de dollars)

Secteurs d'activité / Secteurs de service	Réelles 1997-1998	Réelles 1998-1999	Recettes prévues * 1999-2000	Autorisations totales 1999-2000	Réelles 1999-2000
Gestion des risques pour la santé					
Innocuité, qualité et valeur nutritive des aliments	0,7	1,0	1,3	1,3	1,1
Réglementation des produits thérapeutiques	35,5	31,8	34,7	39,3	38,7
Hygiène du milieu	2,2	2,0	3,3	3,3	2,1
Agence d'hygiène et de sécurité au travail	2,7	4,1	5,3	5,3	4,5
Réglementation de la lutte antiparasitaire	7,4	7,8	0,2	6,5	7,3
Services d'urgence	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Santé des Autochtones					
Santé des Indiens et des Inuits	7,0	6,7	9,1	9,1	6,8
Services ministériels	1,3	1,2	1,2	1,2	0,4
Total des recettes disponibles	56,9	54,7	55,2	66,1	61,0

Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget principal, des Budgets supplémentaires ainsi qu'à d'autres autorisations.

Recettes disponibles : Ces recettes étaient auparavant appelées « recettes à valoir sur le crédit » et peuvent être dépensées par le Ministère.



Tableau financier 6 : Recettes non disponibles

(en millions de dollars)

Principaux types et sources	Réelles 1997-1998	Réelles 1998-1999	Recettes prévues * 1999-2000	Autorisations totales 1999-2000	Réelles 1999-2000
Recettes fiscales					
Taxe sur les produits et services	-	0,2	-	-	0,3
Recettes non fiscales					
Frais d'analyse d'aliments et de drogues	-	-	0,2	0,2	-
Remboursements	10,4	6,3	-	-	5,2
Droits de service	2,6	2,1	2,8	2,8	1,9
Revenus - Produits thérapeutiques et aliments spéciaux	-	-	3,6	3,6	-
Produits de l'aliénation de biens de l'État excédentaires	0,3	0,3	-	-	0,6
Divers recettes non fiscales	7,4	7,0	1,2	1,2	6,6
Total des recettes non disponibles	20,7	15,9	7,8	7,8	14,6

Recettes non disponibles : Ces recettes étaient auparavant appelées « recettes créditées au Trésor ». Elles ne peuvent être dépensées par le Ministère, mais peuvent l'être par le gouvernement.

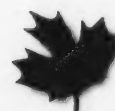


Tableau financier 5 : Recettes disponibles

(en millions de dollars)

Secteurs d'activité / Secteurs de service	Réelles 1997-1998	Réelles 1998-1999	Recettes prévues * 1999-2000	Autorisations totales 1999-2000	Réelles 1999-2000
Gestion des risques pour la santé					
Innocuité, qualité et valeur nutritive des aliments	0,7	1,0	1,3	1,3	1,1
Réglementation des produits thérapeutiques	35,5	31,8	34,7	39,3	38,7
Hygiène du milieu	2,2	2,0	3,3	3,3	2,1
Agence d'hygiène et de sécurité au travail	2,7	4,1	5,3	5,3	4,5
Réglementation de la lutte antiparasitaire	7,4	7,8	0,2	6,5	7,3
Services d'urgence	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Santé des Autochtones					
Santé des Indiens et des Inuits	7,0	6,7	9,1	9,1	6,8
Services ministériels	1,3	1,2	1,2	1,2	0,4
Total des recettes disponibles	56,9	54,7	55,2	66,1	61,0

Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget principal, des Budgets supplémentaires ainsi qu'à d'autres autorisations.

Recettes disponibles : Ces recettes étaient auparavant appelées « recettes à valoir sur le crédit » et peuvent être dépensées par le Ministère.

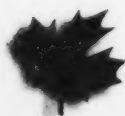


Tableau financier 6 : Recettes non disponibles

(en millions de dollars)

Principaux types et sources	Réelles 1997-1998	Réelles 1998-1999	Recettes prévues * 1999-2000	Autorisations totales 1999-2000	Réelles 1999-2000
Recettes fiscales					
Taxe sur les produits et services	-	0,2	-	-	0,3
Recettes non fiscales					
Frais d'analyse d'aliments et de drogues	-	-	0,2	0,2	-
Remboursements	10,4	6,3	-	-	5,2
Droits de service	2,6	2,1	2,8	2,8	1,9
Revenus - Produits thérapeutiques et aliments spéciaux	-	-	3,6	3,6	-
Produits de l'aliénation de biens de l'État excédentaires	0,3	0,3	-	-	0,6
Divers recettes non fiscales	7,4	7,0	1,2	1,2	6,6
Total des recettes non disponibles	20,7	15,9	7,8	7,8	14,6

Recettes non disponibles : Ces recettes étaient auparavant appelées « recettes créditées au Trésor ». Elles ne peuvent être dépensées par le Ministère, mais peuvent l'être par le gouvernement.



Tableau financier 7 : Paiements législatifs

(en millions de dollars)

Secteurs d'activité	Dépenses Réelles 1997-1998	Dépenses Réelles 1998-1999	Dépenses prévues * 1999-2000	Autorisations totales 1999-2000	Dépenses Réelles 1999-2000
Promotion de la santé de la population	-	-	-	855,3	855,3
Total des paiements législatifs	-	-	-	855,3	855,3

Les autorisations totales correspondent au Budget principal, aux Budgets supplémentaires ainsi qu'à d'autres autorisations.

- * Un paiement ponctuel de 855,3 millions de dollars a été versé à titre d'indemnisation, sur l'ordre des tribunaux, aux personnes ayant contracté l'hépatite C à la suite d'une transfusion de sang entre le 1^{er} janvier 1986 et le 1^{er} juillet 1990.



Tableau financier 8 : Paielements de transfert

(en millions de dollars)

Secteurs d'activité	Dépenses Réelles 1997-1998	Dépenses Réelles 1998-1999	Dépenses prévues * 1999-2000	Autorisations totales 1999-2000	Dépenses Réelles 1999-2000
Subventions					
Gestion des risques pour la santé	0,1	30,1	37,1	37,1	37,1
Promotion de la santé de la population	10,4	15,8	17,0	17,8	17,8
Santé des Autochtones	0,6	-	-	-	-
Politiques, planification et information en matière de santé	23,0	167,1	11,9	11,9	11,9
Total des subventions	34,1	213,0	66,0	66,8	66,8
Contributions					
Gestion des risques pour la santé	8,5	12,6	8,0	7,7	7,7
Promotion de la santé de la population	110,4	118,8	123,3	130,5	130,5
Santé des Autochtones	461,8	505,1	539,0	565,6	565,6
Soutien et renouvellement du système de santé	10,4	24,2	71,5	43,8	43,8
Politiques, planification et information en matière de santé	26,0	18,8	23,5	17,9	17,9
Services ministériels	33,2	30,8	19,2	32,2	32,2
Total des contributions	650,3	710,3	784,5	797,7	797,7
Total des paiements de transfert	684,4	923,3	850,5	864,5	864,5

Les paiements législatifs ne sont pas inclus dans ce tableau.

Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget principal, des Budgets supplémentaires ainsi qu'à d'autres autorisations.

* Les dépenses prévues pour 1999-2000 ont été mises à jour en fonction des ressources du Budget de 1999 pour chaque secteur d'activité.

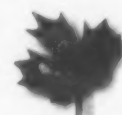


Tableau financier 7 : Paielements législatifs

(en millions de dollars)

Secteurs d'activité	Dépenses Réelles 1997-1998	Dépenses Réelles 1998-1999	Dépenses prévues * 1999-2000	Autorisations totales 1999-2000	Dépenses Réelles 1999-2000
Promotion de la santé de la population	-	-	-	855,3	855,3
Total des paiements législatifs	-	-	-	855,3	855,3

Les autorisations totales correspondent au Budget principal, aux Budgets supplémentaires ainsi qu'à d'autres autorisations.

- * Un paiement ponctuel de 855,3 millions de dollars a été versé à titre d'indemnisation, sur l'ordre des tribunaux, aux personnes ayant contracté l'hépatite C à la suite d'une transfusion de sang entre le 1^{er} janvier 1986 et le 1^{er} juillet 1990.



Tableau financier 8 : Paielements de transfert

(en millions de dollars)

Secteurs d'activité	Dépenses Réelles 1997-1998	Dépenses Réelles 1998-1999	Dépenses prévues * 1999-2000	Autorisations totales 1999-2000	Dépenses Réelles 1999-2000
Subventions					
Gestion des risques pour la santé	0,1	30,1	37,1	37,1	37,1
Promotion de la santé de la population	10,4	15,8	17,0	17,8	17,8
Santé des Autochtones	0,6	-	-	-	-
Politiques, planification et information en matière de santé	23,0	167,1	11,9	11,9	11,9
Total des subventions	34,1	213,0	66,0	66,8	66,8
Contributions					
Gestion des risques pour la santé	8,5	12,6	8,0	7,7	7,7
Promotion de la santé de la population	110,4	118,8	123,3	130,5	130,5
Santé des Autochtones	461,8	505,1	539,0	565,6	565,6
Soutien et renouvellement du système de santé	10,4	24,2	71,5	43,8	43,8
Politiques, planification et information en matière de santé	26,0	18,8	23,5	17,9	17,9
Services ministériels	33,2	30,8	19,2	32,2	32,2
Total des contributions	650,3	710,3	784,5	797,7	797,7
Total des paiements de transfert	684,4	923,3	850,5	864,5	864,5

Les paiements législatifs ne sont pas inclus dans ce tableau.

Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget principal, des Budgets supplémentaires ainsi qu'à d'autres autorisations.

* Les dépenses prévues pour 1999-2000 ont été mises à jour en fonction des ressources du Budget de 1999 pour chaque secteur d'activité.





Tableau financier 9 : Dépenses en capital

(en millions de dollars)

Secteur d'activité	Dépenses Réelles 1997-1998	Dépenses Réelles 1998-1999	Dépenses prévues 1999-2000	Autorisations totales 1999-2000	Dépenses Réelles 1999-2000
Services ministériels	9,3	4,2	5,8	4,2	4,2
Total des dépenses en capital	9,3	4,2	5,8	4,2	4,2

Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget principal, des Budgets supplémentaires ainsi qu'à d'autres autorisations.



Tableau financier 9 : Dépenses en capital

(en millions de dollars)

Secteur d'activité	Dépenses Réelles 1997-1998	Dépenses Réelles 1998-1999	Dépenses prévues 1999-2000	Autorisations totales 1999-2000	Dépenses Réelles 1999-2000
Services ministériels	9,3	4,2	5,8	4,2	4,2
Total des dépenses en capital	9,3	4,2	5,8	4,2	4,2

Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget principal, des Budgets supplémentaires ainsi qu'à d'autres autorisations.



Tableau financier 10 :

Passif éventuel

Un certain nombre de recours individuels et collectifs ont été intentés contre le gouvernement pour cause de négligence, notamment en rapport avec l'hépatite C et le rôle du gouvernement dans la réglementation des matériel médical. En raison de la difficulté de définir l'obligation fédérale en la matière, il est impossible, à l'heure actuelle, d'évaluer avec confiance les coûts associés aux recours individuels et collectifs.

Les recours collectifs présentés par les personnes ayant contracté l'hépatite C à la suite d'une transfusion de sang entre le 1^{er} janvier 1986 et le 1^{er} juillet 1990 ont été réglés par le truchement d'une entente approuvée par les tribunaux et entrant en vigueur en janvier 2000. Les participants aux recours collectifs sont liés par cette entente, à moins de retirer leur participation par écrit d'ici le 31 janvier 2001, date à laquelle ils pourront intenter une poursuite individuelle contre le gouvernement. En janvier 2000, le gouvernement fédéral a versé environ 855,3 millions de dollars au fiduciaire nommé par les tribunaux aux fins du règlement, se libérant entièrement des obligations qui lui incombait, en vertu de l'entente de règlement, relativement aux recours collectifs visant la période de 1986 à 1990.

Le gouvernement présente actuellement sa défense contre les recours individuels et collectifs non réglés.







SECTION VI : AUTRES RENSEIGNEMENTS PERTINENTS

Contacts ministériels

Renseignements généraux

Écrivez-nous à l'adresse suivante :

Santé Canada
0913A, 13^e étage
Immeuble Brooke Claxton
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
CANADA

Site Web :

< <http://www.hc-sc.gc.ca/> >

Envoyez-nous un message électronique : < <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/commentr.htm> >

Envoyez-nous une télécopie :

Demandes générales
(613) 941-5366

Téléphonez-nous :

Administration centrale
(613) 957-2991

Sous-ministre

0915B, Immeuble Brooke Claxton
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
(613) 957-0212

Sous-ministre déléguée

0915A, Immeuble Brooke Claxton
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
(613) 954-5904

Sous-ministre adjoint principal

Direction générale des services
de gestion
0905B, Immeuble Brooke Claxton
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
(613) 952-3984

Sous-ministre adjoint

Direction générale de la politique de
la santé et des communications
0911B, Immeuble Brooke Claxton
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
(613) 957-3059



Sous-ministre adjoint

Direction générale de la santé des
Premières nations et des Inuits
1921A, Immeuble Jeanne-Mance
Ottawa (Ontario) K1A 0L3
(613) 957-7701

Sous-ministre adjoint

Direction générale de la santé de la
population et de la santé publique
1916A, Immeuble Jeanne-Mance
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
(613) 954-8524

Sous-ministre adjoint

Direction générale de la santé
environnementale et de la sécurité
des consommateurs
1600, rue Scott, Holland Cross
Tour B, 5^e étage 3105A
Ottawa (Ontario) K1A 1B6
(613) 946-6701

Directeur général régional

Région du Québec
Complexe Guy-Favreau, Tour Est
Suite 202
200, boul. René Lévesque
Montréal (Québec) H2Z 1X4
(514) 283-2856

Directeur général régional

Région du Manitoba
et de la Saskatchewan
391, avenue York, Suite 415
Winnipeg (Manitoba) R3C 0P4
(204) 984-4359

Directeur général régional

Région de la Colombie-Britannique
et du Yukon
2^e étage, pièce 235
Centre Sinclair - Tour Fédéral
757, rue West Hasting
Vancouver (Colombie-Britannique)
V6C 1A1
(604) 666-5251

Sous-ministre adjoint

Direction générale des produits
de santé et des aliments
0701A1, Immeuble de la protection
de la santé
Ottawa (Ontario) K1A 0L2
(613) 957-1804

Sous-ministre adjoint

Direction générale de l'information,
de l'analyse et de la connectivité
0913D, Immeuble Brooke Claxton
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
(613) 946-3209

Directeur général régional

Région de l'Atlantique
Maritime Centre, Suite 1918
1505, rue Barrington
Halifax (Nouvelle-Écosse)
B3J 3Y6
(902) 426-4097

Directeur général régional

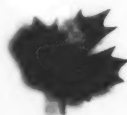
Région de l'Ontario et du Nunavut
25, avenue St. Clair Est
4^e étage
Toronto (Ontario) M4T 1M2
(416) 954-3592

Directeur général régional

Région de l'Alberta et des Territoires
du Nord-Ouest
Canada Place, Suite 710
9700, avenue Jasper
Edmonton (Alberta) T5J 4C3
(780) 495-6737

Avocat général principal

Services juridiques
0902D, Immeuble Brooke Claxton
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
(613) 957-3766



Directrice exécutive

Agence de réglementation
de la lutte antiparasitaire
6607D2, 2250, promenade Riverside
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
(613) 736-3708

Présidente-directrice générale

Agence d'hygiène et de sécurité
au travail
1903A1, Immeuble Jeanne-Mance
Ottawa (Ontario) K1A 0L3
(613) 957-7669

Directeur, Vérification interne

Direction générale des services
de gestion
0914D, Immeuble Brooke Claxton
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
(613) 957-4362



Références

Les documents publiés par Santé Canada sont disponibles auprès de :

Publications
Santé Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9

Téléphone : (613) 954-5995
Télécopieur : (613) 941-5366
Appareil de télécommunication
pour malentendants 1-800-267-1245

On trouvera ci-dessous des exemples de documents disponibles.

Rapports:

Divers rapports sur la santé mentale
Enquête canadienne sur l'alcool et les autres drogues : aperçu 1995
Inforoute santé du Canada
La santé au Canada : un héritage à faire fructifier
La santé des Autochtones au Canada
La santé des jeunes : tendances au Canada
L'efficacité des programmes de prévention et de réhabilitation de
l'alcoolisme et d'autres toxicomanies
Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale :
lignes directrices nationales
Nouvelle perspective de la santé des Canadiens
Nutrition pour une grossesse en santé
Pour un avenir en santé : deuxième rapport sur la santé de la
population canadienne
Transformer la recherche en santé pour le XXI^e siècle

Livres, livrets, trousse et affiches sur les sujets suivants :

Aînés
Affaires autochtones
Alcoolisme et toxicomanie
Condition physique
Enfants
Nutrition et innocuité des aliments
Santé cardiovasculaire
Santé et environnement
Santé maternelle et infantile
Santé mentale
Sécurité des produits
SIDA
Tabac
Violence familiale



Liste des lois et des règlements

PARTIE 1

LOIS ADMINISTRÉES et RÈGLEMENTS DONT LE MINISTRE DE LA SANTÉ EST RESPONSABLE

La partie 1 regroupe les lois intégrales ou partielles ainsi que des règlements spécifiques qui sont sous la responsabilité du ministre de la Santé

Loi canadienne sur la santé, L.R.C" (1985), ch. C-6

- Règlement sur les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs, DORS/86-259

Loi sur le centre canadien de lutte contre les toxicomanies, L.R.C.(1985), ch.49 (4^e suppl.)

Loi canadienne sur la protection de l'environnement, L.C. 1999, ch. 33

Loi réglementant certaines drogues et autres substances, L.R.C. (1985), ch. 38.8

Loi sur le ministère de la Santé, L.R.C., (1985), ch. 3.2

- Règlement sur l'eau potable (transport en commun), C.R.C. 1978, ch. 1105
- Règlement sur l'importation des agents anthropopathogènes, DORS/94-558

Loi sur la gestion des finances publiques, L.R.C. (1985), ch. F-11

- Règlement sur les droits des services de dosimétrie, DORS/90-109, DORS/94-279
- Règlement sur le prix à payer pour vendre une drogue, DORS/95-31
- Règlement sur le prix à payer pour l'évaluation des drogues, DORS/95-424
- Règlement sur le prix à payer à l'égard des instruments médicaux, DORS/95-585
- Règlement sur le prix à payer pour l'évaluation des drogues vétérinaires, DORS/96-143
- Règlement sur le prix à payer pour l'évaluation des produits antiparasitaires, DORS/97-173
- Règlement sur les prix à payer pour les licences d'établissement, DORS/98-4
- Règlement sur le prix à payer pour les licences de distributeurs autorisés de drogues contrôlées et stupéfiants, DORS/98-5

Loi sur la condition physique et le sport amateur, L.R.C. (1985), ch. F-25

Loi sur les aliments et drogues, L.R.C. (1985), ch. F-27

Loi sur le contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses, L.R.C. (1985), ch. H-2.7

Loi sur les produits dangereux, L.R.C. (1985), ch. H-3



Loi sur le conseil de recherches médicales, L.R.C. (1985), ch. M-4 et *Loi portant sur la création des instituts de recherche en santé du Canada*, L.C. 2000, ch. 6, à l'exception des articles 40, 41, 43, 45, 47, 49 et 51 dont la date d'entrée en vigueur n'a pas été fixée

Loi sur les brevets, L.R.C. (1985), ch. P-4

- Règlement sur les médicaments brevetés (avis de conformité), DORS/93-133, DORS/98-166
- Règlement sur les médicaments brevetés, DORS/88-474, DORS/94-688, DORS/95-172, DORS/98-105

Loi sur les produits antiparasitaires, L.R.C. (1985), ch. P-9

Loi sur l'indemnisation des dommages causés par les pesticides, L.R.C. (1985), ch. P-10

Loi sur la quarantaine, L.R.C. (1985), ch. Q-1

Loi sur le Fonds de recherche de la Reine Elizabeth II, S.R.C. 1970, ch. Q-1

Loi sur les dispositifs émettant des radiations, L.R.C. (1985), ch. R-1

Loi sur le tabac L.R.C. (1985), ch. T-11.5

- Règlement sur l'information relative aux produits du tabac, DORS/2000-272
- Règlement sur le tabac (accès), DORS/99-93
- Règlement sur le tabac (saisie et restitution), DORS/99-94
- Règlement sur les rapports relatifs au tabac, DORS/2000-273

PARTIE 2

LOIS QUI NE SONT PAS ADMINISTRÉES PAR LE MINISTRE DE LA SANTÉ

La partie 2 regroupe les lois qui sont administrées par d'autres ministres et en vertu desquelles le ministre de la Santé joue un rôle consultatif

Loi sur la sûreté et la réglementation nucléaire, L.R.C. (1985), ch. N-28.3

- Règlement général sur la sûreté et la réglementation nucléaires, DORS/2000-202

Loi sur la radiodiffusion, L.R.C. (1985), ch. B-9.01

Code canadien du travail, L.R.C. (1985), ch. L-2

Loi médicale du Canada, S.R.C. 1952, ch. 27

Loi sur la marine marchande, L.R.C. (1985), ch. S-9

- Règlement sur l'alimentation et le service de table des équipages de navire, C.R.C., 1978, ch. 1480

Loi sur l'Agence canadienne d'inspection des aliments, L.R.C. (1985), ch. C-16.5

Loi sur la protection civile, L.R.C. (1985), ch. 6 (4^e suppl.)

Loi d'urgence sur les approvisionnements d'énergie, L.R.C. (1985), ch. B-9



Loi sur la taxe d'accise, L.R.C. (1985), ch. B-15

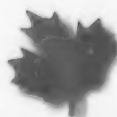
Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces, L.R.C. (1985), ch. F-8

Loi sur les aliments du bétail, L.R.C. (1985), ch. F-9

Loi sur l'immigration, L.R.C. (1985), ch. I-2

Loi sur les parcs nationaux, L.R.C. (1985), ch. N-14

Loi sur les marques de commerce, L.R.C. (1985), ch.T-13



Index

- activité physique 15, 63
- Agence canadienne d'inspection des aliments 38, 40, 41, 52
- alcool 70, 114
 - Programme de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie 65, 67, 114
- aliments 14, 19, 25, 29, 36, 37, 39, 40, 41, 49, 56, 80, 90, 91, 96, 104, 105, 112, 114
- Autochtones / Premières nations et Inuits 12, 15, 16, 19, 22, 23, 24, 25, 30, 51, 65, 66, 68, 80, 84, 85, 88, 90, 92, 93, 101, 102, 103, 104, 107, 112, 114
 - Diabète chez les Autochtones 16, 64, 69, 93
 - Initiative de développement de carrière pour Autochtones 84
 - Organisme pour l'amélioration de l'état de santé des peuples autochtones 16, 69
 - Programme d'aide préscolaire aux Autochtones 16, 65, 69, 72, 93
 - Programme de contributions à la construction d'installations permanentes pour les Premières nations et les Inuits 85
 - Programme de soins à domicile et de soins communautaires des Premières nations et des Inuits 16, 93
 - Programme de soins de santé non assurés 16, 30, 70, 71, 72
 - Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues chez les Autochtones 72
 - Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits 16, 18, 71, 80
- biotechnologie 14, 24, 41
- Bureau de la consommation et de la participation du public 15, 34, 37
- Bureau de la politique des soins infirmiers 17, 76
- déterminants de la santé 25, 30, 36, 62, 78, 90
- développement durable 47-49, 91, 93
- eau 25, 40, 49, 51, 71, 91, 93, 115
- enfants/enfance 12, 17, 25, 48, 63, 66, 79, 80, 81, 93, 114
 - Autochtones 65, 69, 71, 93
 - Centres d'excellence pour le bien-être des enfants 66
 - Programme d'action communautaire pour les enfants 65, 67, 93
- Entente-cadre sur l'union sociale 35
- évaluation des risques 37, 40, 41, 50, 87, 91
- femmes 22, 62, 64, 75, 81, 93
 - Centres d'excellence pour la santé des femmes 75
 - grossesse 62, 65, 114
- Fonds pour la santé de la population 63, 67
- Fonds pour l'adaptation des services de santé 17, 71, 74, 76
- génétique 24, 40, 48, 64, 79, 90, 91
- gestion des risques 37, 38, 88
- hygiène du milieu 29, 37, 47, 49, 53, 54, 88, 103, 104, 113



Infostructure canadienne de la santé 71, 80
Initiative sur la santé de la population canadienne 66
Institut canadien d'information sur la santé 35, 66
Lois 35, 41
Loi canadienne sur la protection de l'environnement 38, 49, 91, 115
Loi canadienne sur la santé 11, 31, 34, 74, 115
Loi canadienne sur l'évaluation environnementale 49
Loi réglementant certaines drogues et autres substances 21, 98, 115
Loi sur la protection de la santé 38
Loi sur la salubrité et l'inspection des aliments 38
Loi sur le ministère de la Santé 21, 115
Loi sur le tabac 48, 116
Loi sur le vérificateur général 90
Loi sur les aliments et drogues 21, 38, 41, 115
Loi sur les dispositifs émettant des radiations 49, 116
Loi sur les produits dangereux 21, 48, 49, 115
maladie 14, 18, 21, 25, 29, 30, 36, 37, 40, 50, 51, 52, 60, 61, 64, 67, 79, 88, 91
 asthme 51
 cancer 15, 22, 40, 91
 cancer du sein 48, 52, 64
 cœur 22, 24
 Creutzfeldt-Jakob 44, 60
 diabète 12, 14, 15, 23, 51, 64, 80
 hépatite C 36, 61, 62, 64, 67, 68, 73, 77, 83, 100, 101, 102, 103, 106, 109
 lymphome non-hodgkinien 91
 tuberculose 52
 VIH/sida 23, 44, 45, 51, 61, 65, 66, 67, 81, 114
matériel médical 25, 29, 36, 37, 43, 109
médicaments 23, 24, 25, 29, 37, 43, 45, 70, 71, 105
 illicite 43, 105, 114
 marijuana à des fins médicales 14, 44, 45
 vétérinaire 40
nutrition 39, 40, 63, 91, 95, 104
 Programme canadien de nutrition prénatale 62, 65, 67, 70, 93, 114
personnes âgées / vieillissement 17, 63, 75, 78, 114
pollution atmosphérique 47, 91
produits antiparasitaires / pesticides 15, 25, 30, 36, 37, 41, 57, 58, 59, 92, 116
 Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire
 19, 27, 44, 58, 59, 103, 104, 113
 Conseil consultatif sur la lutte antiparasitaire 59
produits chimiques 40, 41, 49, 58, 91, 92
produits de santé naturels 14, 38, 43
produits thérapeutiques 25, 29, 36, 37, 43, 44, 104
Programme d'animation communautaire 93
Programme de soutien à l'infostructure de la santé 75
programme Grands Lacs : Impact sur la santé 92
protection des renseignements personnels 18, 81



radiations 49, 55
 recherche 16, 17, 26, 33, 40, 60, 64, 67, 69, 76, 77, 79, 85, 90, 114
 Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé 78
 Instituts de recherche en santé du Canada 13, 17, 78
 Programme national de recherche et développement en matière de santé
 17, 78, 82
 Règlements
 Aliments et drogues 95, 96, 97
 Sperme 44
 Tabac (accès) 116
 Tabac (information) 97, 98, 116
 Tabac (promotion) 97
 Tabac (rapports) 93, 116
 Réseau canadien de la santé 15, 64, 80
 sang 25, 29, 37, 43, 44, 50, 60, 61, 80, 97, 100, 101, 102, 103, 106
 Société canadienne du sang 14, 44-45, 45
 santé mentale 35, 63, 70, 72, 114
 santé rurale 65, 75
 services d'urgence 55, 104
 Plan d'intervention fédéral en cas d'urgence nucléaire 49, 55
 soins à domicile et soins communautaires 12, 17, 69, 74, 75, 76, 78
 substances toxiques 90, 91, 92
 Initiative de recherche sur les substances toxiques 48, 49
 suicide 22
 surveillance de la santé 18, 26, 36, 40, 51, 52, 60, 80, 81
 syndrome de mort subite du nourrisson 66
 tabac / tabagisme 12, 15, 30, 48, 67, 97, 98, 114
 Comité consultatif des jeunes 48, 67
 télésanté 18, 71, 75, 80, 81, 82
 Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux 11
 violence familiale 66, 114
 xénogreffons 45, 97

